

## **Travail de Bachelor**

# ***La posture infirmière lors de l'annonce d'un diagnostic de cancer***

**Joana Janeira Ramalho**

N° matricule 09889940

**Fabiana Araújo Correia**

N° matricule 10644938

**Stéphanie Pinto Carreiras**

N° matricule 09671603

Directrice: Gora Da Rocha – Chargée d'enseignement HEdS

Membre du jury externe : Jane Di Stefano – Infirmière en oncologie 8FL, HUG

**Genève, Juin 2014**

## Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le juin 2014

Joana Janeira Ramalho, Fabiana Araújo Correia, Stéphanie Pinto Carreiras

***« Il n'existe pas de « bonnes » façon d'annoncer  
une mauvaise nouvelle mais certaines sont  
moins dévastatrices que d'autres »***

Moley-Massol, (2004).

## *Remerciements*

---

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans l'aide de quelques personnes que nous tenons à remercier tout particulièrement.

Tout d'abord, un grand merci à notre directrice de mémoire, Gora DA ROCHA, pour nous avoir soutenues, orientées et accompagnées tout au long de l'élaboration de ce travail.

Nous remercions également Jane DI STEFANO, membre du jury pour l'attention portée lors de la lecture et de la soutenance de ce travail de bachelor.

Un remerciement spécial à Justine HETEBRIJ, pour l'attention et le temps investi à la correction de notre travail.

Merci à notre trio pour cette agréable collaboration, pour notre cohésion de groupe, notre soutien mutuel et les nombreux encouragements ayant permis d'arriver au bout de ce travail et des quatre années au sein de la HEdS-SO.

Nous souhaitons remercier particulièrement toutes les personnes nous ayant soutenues durant ces années de formation. Notre famille : Jorge Ramalho ; Filipe Rodrigues ; Manuel, Rosa, Cindy et Sara Carreiras ; Léa et Helder Rocha ; Deolinda, José et Ricardo Correia ; Nathanaël Cuony. Nos amies, Lanto Pache et Chachun, pour leur subjectivité ainsi que leurs encouragements et moments de rires qui nous ont permis de décompresser et de finaliser ce travail.

Nous dédions ce travail à Manuel da Silva Carreiras afin que l'annonce d'un diagnostic de cancer soit améliorée et que l'espoir perdure malgré les difficultés engendrées par la maladie.

## Table des matières

---

<b>1. Résumé</b>	<b>7</b>
<b>2. Introduction</b>	<b>8</b>
2.1 La maladie cancéreuse	8
2.2 Données épidémiologiques	10
2.3 Données législatives	11
2.4 Données éthiques	12
2.5 Motivations personnelles	13
<b>3. Problématique</b>	<b>14</b>
<b>4. Ancrage</b>	<b>15</b>
4.1 Histoire de vie de Jean Watson	15
4.2 La théorie de <i>Caring</i>	16
4.2.1 Focus des soins infirmiers	17
4.2.2 <i>Caratif</i> / curatif et processus de <i>caritas</i>	18
4.3 Les métaconcepts selon la théorie du <i>caring</i>	23
4.4 Les concepts majeurs de la théorie de l'human <i>caring</i>	24
4.5 Assomptions	26
4.6 Lien théorie-thématique	27
<b>5. Méthodologie</b>	<b>29</b>
5.1 Pico	29
5.2 Bases de données	29
<b>6. Revue de littérature</b>	<b>34</b>
6.1 L'annonce	34
6.2 Communication	36
6.3 Prise en soin	39
6.4 Qualité de vie	41
6.5 Lien entre les articles et l'ancrage théorique de ce travail	44

<b>7. Discussion</b>	<b>48</b>
7.1 Mise en lien des articles avec la théorie de Watson	48
7.2 Recommandations pour la recherche	50
7.3 Recommandations pour la pratique	50
7.4 Limites	52
7.5 Conclusion	52
<b>8. Bibliographie</b>	<b>55</b>
<b>9. Annexes</b>	<b>59</b>

## 1. Résumé

---

- ❖ Thème : Le moment de l'annonce du diagnostic de cancer est un événement bouleversant dans la vie du patient et de son entourage. De ce fait, il est important de bien accompagner le patient lors de ce moment crucial. De plus, il semble primordial de mettre un point d'honneur à développer le rôle infirmier lors de l'annonce du diagnostic afin de permettre l'amélioration de la pratique infirmière et l'enrichissement de la discipline. Cette revue de littérature cherche à répondre au questionnement suivant: **Quelle est la posture infirmière lors de l'annonce de diagnostic de cancer chez l'adulte afin d'améliorer la qualité de vie de la personne ?**
- ❖ Contenu : Revue de littérature analysant quatorze articles de recherche sélectionnés dans les bases de données.
- ❖ Discussion : Cette section met en lien les concepts émergents de la revue de littérature (l'annonce, la communication, la prise en soin et la qualité de vie) avec les compétences du référentiel de l'HES-SO selon le PEC 2006, les facteurs *caratifs* de la théorie de J. Watson et les rôles KFH. Les thèmes importants pour la posture de l'infirmière présents lors de l'annonce de diagnostic de cancer sont : la collaboration pluridisciplinaire, la prise en soins en partenariat avec le patient en tenant compte de sa subjectivité, l'importance de la formation continue et l'auto-évaluation des infirmières. Afin de contribuer à l'amélioration du rôle infirmier, qui garantira une prise en soin de qualité, des recommandations pour la recherche et pour la pratique ont été décrites. Finalement, les limites de ce travail de bachelor ont été recensées.

### Mots-clés :

*diagnostic de cancer, caring, relation infirmière-patient, communication, qualité de vie.*

*Cancer diagnosis, caring, nurse-patient relationship, communication, quality of life*



## 2. Introduction

---

La réalisation d'un travail de Bachelor en fin de formation vise, par l'élaboration d'une revue de littérature, à développer des compétences de recherches et d'autonomie. Ces compétences permettent l'évolution de la discipline infirmière, par des recherches s'appuyant sur les données probantes (*evidence-based practice*), qui enrichissent et développent le regard clinique et ainsi favorisent l'amélioration des pratiques. En effet, selon le référentiel de l'HES-SO, les compétences développées permettent d'initier un questionnement professionnel, d'approfondir les connaissances théoriques infirmières et de les mettre en lumière avec les problématiques rencontrées sur le terrain. De plus, ce travail permet l'acquisition d'un certain niveau d'analyse et d'argumentation qui est prôné dans la profession infirmière.

C'est ainsi que trois étudiantes, préoccupées par l'expérience d'une maladie cancéreuse et en particulier lors de l'annonce du diagnostic, se sont intéressées à effectuer une revue de littérature permettant de cibler la posture infirmière.

Ce travail de bachelor contient six sections. Dans la première partie, l'introduction énonce le but de la recherche et est suivie par une définition de la maladie cancéreuse, quelques données épidémiologiques, législatives, éthiques ainsi que les motivations personnelles. La seconde section décrit la problématique étudiée dans ce travail. La troisième section aborde la théorie du *caring* de J. Watson ainsi que son parcours de vie. La quatrième section décrit la méthodologie employée pour la recension des écrits ainsi que l'analyse des articles utilisés pour la revue de littérature. La cinquième section est l'analyse de la revue de littérature qui fait émerger cinq concepts clés de cette recherche, à savoir: L'annonce, la communication, la prise en soin, la qualité de vie et la théorie de J. Watson. Enfin, la dernière section expose la discussion par la mise en lien des concepts de la revue de littérature avec la théorie de J. Watson, les neuf compétences et les rôles KFH infirmiers. De plus, des recommandations pour la recherche et la pratique sont proposées et les limites de ce travail de bachelor sont définies. Cette section se termine ensuite par une conclusion.

Le phénomène de départ à approfondir dans ce travail est l'annonce de diagnostic de la maladie cancéreuse en se penchant plus précisément sur la posture infirmière. En effet, le but de cette revue de littérature est de chercher à comprendre comment l'infirmière peut accompagner la personne dans son expérience selon la posture qu'elle adopte.

## **2.1 La maladie cancéreuse**

Selon la société de recherche contre le cancer (2010), déjà à l'antiquité, la maladie cancéreuse était présente. Cependant, le peu d'avancées scientifiques ont laissé penser qu'il s'agissait plutôt d'une malédiction. Au moyen âge, les médecins ont commencé à s'intéresser aux tumeurs en cherchant des moyens de traitements. Les notions de métastases et de chirurgie sont apparues au XVI siècle avec le développement des connaissances de l'anatomie. Ce n'est qu'à l'époque contemporaine que les chercheurs ont découvert les cellules cancéreuses qu'ils sont parvenus à étudier en laboratoire. Ainsi, dans les années 50, sont apparus les premiers traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, puis dans les années 70 la première transplantation de moelle a eu lieu.

La maladie cancéreuse se développe au moment où des mutations génétiques surviennent, provoquant ainsi des divisions cellulaires anarchiques. À ce moment, le système immunitaire ne parvient pas à détruire les cellules malignes qui se multiplient d'avantage et forment alors une tumeur. À ce stade, cette dernière est localisée, néanmoins au fur et à mesure du temps, la tumeur devient envahissante. Les cellules malignes peuvent emprunter la voie sanguine ou lymphatique pour se propager dans d'autres organes, ce que l'on appelle les métastases (Ligue genevoise contre le cancer, 2012).

Selon Prudhomme, Jeanmougin et Morel (2012) :

Le cancer correspond à la multiplication anarchique de certaines cellules normales de l'organisme, qui échappent aux mécanismes normaux de différenciation et de régulation de leur multiplication. En outre, ces cellules sont

capables d'envahir le tissu normal avoisinant, en le détruisant, puis de migrer à distance pour former des métastases. (p.3)

La mort de l'hôte porteur survient :

- Soit en raison de complications aiguës, provoquées par le cancer (hémorragie, compression cérébrale, dyspnée majeure) ;
- Soit en raison de l'insuffisance progressive des organes vitaux du fait de l'abondance des métastases (insuffisance respiratoire, insuffisance hépatique) ;
- Soit en raison de la dégradation massive de l'état général du patient (cachexie). (p. 3)

Malgré l'avancée de la technologie et de la médecine, le cancer reste un sujet tabou dans notre société car il renvoie à la mort et à la souffrance. En effet, en réfléchissant à l'étymologie du mot « tumeur », ce dernier peut être compris comme « tu meurs » (Steinmann & Duruz, 2011, p.4). De plus, la tumeur maligne peut être comparée à un crabe, étymologie latine du mot, se déplaçant de travers avec des pinces qui s'accrochent et serrent induisant une maladie longue et douloureuse (Hœrni, Mortureux & Kantor, 2005, p. 35).

## **2.2 Données épidémiologiques**

En étudiant les diverses données épidémiologiques, il semblerait que la problématique de cancer soit très présente dans la société actuelle.

Au niveau mondial, selon une étude parue dans le journal *Le Matin* publiée par The Lancet Oncology (2012), d'ici 2030, le taux de nouveau cancer augmentera de 75% avec environ 22 millions de nouveaux cas par année. Dans cette même étude, les auteurs avancent plusieurs explications. D'une part, cela peut être en lien avec le vieillissement de la population car le risque de développer un cancer augmente avec l'âge. D'autre part, l'accroissement de la population avec environ 8 milliards d'habitants en 2013, serait une autre cause de cette flambée de cancers. Et enfin, les habitudes de vie de la population (sédentarité, obésité, alcool, tabac...) sont le dernier critère donnant un sens à cette augmentation.

Selon l'office fédéral de la statistique (2012), chaque année, en Suisse, 35'000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués et 16'000 personnes en décèdent. En effet, en Suisse, le cancer est la deuxième cause de mortalité, après les maladies cardiovasculaires. Selon l'office fédéral de la statistique, la Suisse se trouverait au 16<sup>ème</sup> (pour les hommes) et 15<sup>ème</sup> rang (pour les femmes) du classement européen concernant la fréquence des nouveaux cas de cancer. De plus, elle se situerait dans le groupe des pays à "plus haut risque" concernant le mélanome de la peau, le cancer du sein ainsi que le cancer de la prostate.

D'après le registre Genevois des tumeurs (2013), à Genève, environ 2'190 nouveaux cas sont diagnostiqués par an, dont 1'120 chez les hommes et 1'070 chez les femmes. En lien avec ces nouveaux cas, nous comptons 1'044 décès par an dont 586 pour les hommes et 458 pour les femmes. Pour chaque individu, la probabilité d'être touché un jour dans sa vie est de 40% pour les hommes et de 30% chez les femmes.

En vue de ces chiffres et de l'augmentation d'annonces de cancer, il est primordial de s'intéresser à la loi sur la santé permettant de régir les droits des patients et de leurs familles ainsi que les devoirs des professionnels de la santé.

## **2.3 Données législatives**

Selon la loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006:

« Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, les bienfaits et risques de ses traitements ou interventions. » (Art. 45, RSG K1 03).

Selon le code de déontologie du FMH (2014):

Devoir d'information: Le médecin fournit au patient une information compréhensible sur les investigations diagnostiques et les mesures thérapeutiques envisagées, les résultats d'examens, le pronostic et les risques, ainsi que sur les autres possibilités de traitement. Il évalue soigneusement la manière dont il mènera l'entretien avec le patient et les informations que celui-ci est en mesure de supporter. S'il existe un doute quant à la prise en charge du traitement par l'assurance du patient, le médecin

en informe celui-ci et lui demande de vérifier la question du remboursement auprès de son assureur. (Art. 10)

Selon l'article de Misery & Chastaing, (2005) :

Les conséquences de la non-information vont fausser les relations du patient avec son entourage et avec l'équipe médicale. Le patient va perdre confiance. Il n'y a pas de communication possible. Son isolement ira en s'accroissant tout comme son anxiété. Il ne pourra pas être rassuré sur ses peurs. Il ne pourra pas prendre les dispositions nécessaires quant à sa vie après l'annonce du diagnostic mais aussi quant à sa succession. (p. 963)

Selon le code de déontologie CII (2012), l'infirmière a quatre responsabilités essentielles, à savoir: promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance (p. 1). De plus, l'infirmière doit assurer une information adéquate et en temps voulu pour permettre à l'individu de faire un choix libre et éclairé. « L'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés » (p. 2).

## **2.4 Données éthiques**

Malgré le droit à l'information, il faut s'interroger sur l'envie ou non d'être informé comme le souligne l'article de Reich, Vennin & Belkacemi (2008). Régis Aubry nous rappelle que « respecter l'autonomie d'un malade, c'est respecter son droit de savoir ou de ne pas savoir. Le respect d'autrui et le maintien des valeurs humaines sont autant de piliers éthiques guidant le praticien dans sa délicate mission d'annonce » (Reich, Vennin & Belkacemi, 2008, p. 843).

Selon Reich, Vennin & Belkacemi (2008) :

L'information médicale à fournir aux patients s'est considérablement modifiée depuis 20 ans. Plus accessible mais aussi plus complexe, l'information se veut plus transparente en tenant compte des désirs des patients, considérés comme acteurs à part entière de leur santé. L'annonce diagnostique doit en permanence osciller entre juste distance et proximité tout en respectant l'autonomie, la dignité et le libre arbitre des patients. Le respect des principes

éthiques permettra d'éviter les phénomènes d'incompréhension et de sceller le pacte de confiance entre médecins et patients. (p. 843)

L'infirmière est une ressource pour le patient, elle le guide et l'oriente tout au long de son processus de santé en apportant son expérience et ses connaissances. Cependant, elle doit le rendre acteur de sa santé et donc encourager son autonomie en lui laissant ainsi le libre choix de décision.

## **2.5 Motivations personnelles**

Par cette revue de littérature, nous cherchons à obtenir des éléments permettant d'enrichir notre posture infirmière lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. En effet, nous serons confrontées à des situations semblables tout au long de notre parcours professionnel. L'infirmière, dans l'exercice de ses fonctions est régulièrement amenée à partager ce moment avec le patient et sa famille. Cet accompagnement fait partie de la discipline infirmière. Lors de nos stages, nous avons été en difficulté lorsqu'il fallait soutenir le patient et sa famille après l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Nous nous sommes orientées plus spécifiquement sur l'annonce de diagnostic de cancer car deux d'entre nous ont vécu ce moment douloureux au sein de leur famille. Etant à la place de la famille, nous avons pu constater que l'annonce a été faite de manière brutale et sans empathie de la part des médecins. Nous avons manqué de soutien et d'informations afin de mieux comprendre les enjeux et les conséquences de la maladie.

Face à nos expériences novices vécues en tant que stagiaires mais également à notre histoire de vie, il nous semble pertinent d'enrichir nos connaissances afin de dégager des pistes améliorant la prise en soin et la qualité de vie des patients.

### 3. Problématique

---

Cette section annonce le but de la revue de littérature et fait émerger une question qui sera le fil conducteur de ce travail.

L'infirmière, proche au quotidien du patient, joue un grand rôle de soutien et d'écoute. L'annonce d'un diagnostic de cancer peut être vécue comme un choc par le patient. En effet, par sa relation privilégiée, l'infirmière est une ressource pour le patient et sa famille. Il est donc essentiel de développer la posture infirmière dans cette étape d'entrée dans la maladie afin de garantir une prise en soins optimale. L'annonce est effectuée par le corps médical, ce qui peut limiter la place de l'infirmière étant donné que cette fonction n'est pas comprise dans le cahier des charges de celle-ci. Il est vrai que l'infirmière peut manquer une des étapes cruciales du processus de soins qui favoriserait la création d'un lien de confiance et la continuité des soins.

Ce travail décrit au départ la problématique sur les perceptions infirmières face à l'annonce du diagnostic de cancer. Cependant, les lectures et avancements ont dirigé la revue de littérature vers le développement de la posture infirmière. La théorie de J. Watson semble bien correspondre au sujet et paraît enrichissante. De plus, cette théorie correspond à nos valeurs personnelles et professionnelles. En effet, dans la pratique, c'est également le concept du *caring* qui correspond le plus à notre perception du « prendre soin ».

Le but précis de cette revue de littérature est de faire émerger la posture infirmière en lien avec le *caring* pour accompagner la personne lors de l'annonce de diagnostic de cancer. Une question de recherche a été formulée partant de ce phénomène d'intérêt à laquelle nous tenterons de répondre au long de ce travail :

**Comment développer la posture infirmière grâce à la théorie du *caring* pour soutenir une personne recevant un diagnostic de cancer et améliorer sa qualité de vie ?**

## 4. Ancrage théorique

---

Cette section aborde le parcours de vie de J. Watson ainsi que sa théorie du *Caring*. Une mise en lien entre les conceptions créées par Watson et la pratique est effectuée. Cette dernière permet de soutenir une pratique infirmière réflexive, s'appuyant sur un cadre conceptuel qui garantit des soins de qualité.

### 4.1 Histoire de vie de Jean Watson

Ce paragraphe a été tiré du livre d'Alligood et Tomey et retrace l'histoire de vie de J. Watson.

Jean Watson est née au sud-ouest de la Virginie en 1940 dans une famille de huit enfants dont elle est la cadette.

Elle a débuté ses études en soins infirmiers en Virginie et obtient son diplôme en 1961. Suite à son mariage et à la naissance de ses deux filles, elle part vivre au Colorado où elle poursuit des études supérieures en soins infirmiers et obtient un baccalauréat en 1964 ainsi qu'un diplôme de maîtrise en psychiatrie en 1966. En 1973 elle obtient un doctorat en science de l'éducation. Watson occupe ensuite un poste de professeur à l'école des sciences infirmières de l'université du Colorado et crée « the center for Human *Caring* ».

En 1981, elle part, pour une année, poursuivre ses études au niveau international dans divers pays. Watson a reçu six doctorats honorifiques des universités des Etats-Unis et trois doctorats honorifiques des universités internationales.

En 1993, elle reçoit de Martha Rogers, le prix de la Ligue Nationale pour les Soins Infirmiers qui la reconnaît en tant qu'infirmière apportant un savoir et contribuant à la promotion des soins infirmiers avec diverses connaissances dans d'autres sciences de la santé.

C'est en 1979 qu'elle écrit son premier livre sur la théorie de *caring* où elle développe sa réflexion sur les dix facteurs *caratifs* ainsi que sur les processus de *caritas*. Depuis lors, elle a continué à écrire plusieurs livres et articles de recherche. (Alligood & Tomey, 2010, p. 91-93).



Lors de la lecture des différents ouvrages retraçant le parcours de Watson, peu d'informations concernant la pratique sur le terrain y sont décrites. Il semblerait qu'elle se soit plus impliquée dans l'enseignement de la discipline infirmière ainsi que dans la recherche afin de développer sa théorie du *caring*.

## **4.2 La théorie de Caring**

La théorie Human *Caring* de Watson est basée sur une orientation humaniste, métaphysique, spirituelle et phénoménologique qui ressort d'une philosophie orientale, c'est une science et un art (Fawcett, 2005, p. 555). Tout au long de sa carrière Watson a effectué de nombreux voyages, notamment en Asie, lors desquels elle a fait des rencontres culturelles qui ont enrichi par la suite ses valeurs philosophiques de soin. En effet, elle s'est appuyée sur divers théoriciennes et philosophes comme par exemple Nightingale, Henderson, Peplau ou encore Carl Rogers et Erickson (Alligood & Tomey, 2010, p. 94). Ces diverses connaissances ont permis à Watson de développer sa théorie qui peut être lue comme une philosophie, une éthique, un paradigme, un modèle de science élargie ou une théorie (Parker & Smith, 2010, p. 355). En effet, selon Alligood & Tomey (2010), le travail de Watson est une philosophie car elle a été développée et enrichie tout au long de ses différentes expériences de voyage dans diverses cultures. Néanmoins, ces auteurs décrivent également cela comme une théorie car elle est enseignée comme conception en soins infirmiers (p.94). Parker & Smith parlent également d'une philosophie produite par son parcours de vie qu'elle développe ensuite comme une théorie enseignée à l'université du Colorado (Parker & Smith, 2010, p. 352).

Watson décrit sa théorie comme étant métaphysique: comme allant au-delà des approches existentielles-phénoménologique en soins infirmiers à un niveau d'abstraction plus élevé, en donnant un sens à la personnalité, en intégrant le concept d'âme et de transcendance (Fawcett, 2005, p. 555). Par métaphysique, est sous-entendu, l'étude des questions fondamentales, de « l'être en tant qu'être ».

Dans la théorie du *caring*, Watson définit comme but des soins infirmiers l'atteinte d'un plus haut niveau d'harmonie de l'âme, du corps et de l'esprit de la personne. Cela débute lorsque l'infirmière entre en relation avec l'autre, comprend son vécu et

lui permet l'expression de ses sentiments ou pensées (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 71). Dans le *caring*, Watson prend également en compte le côté spirituel de la personne en soignant l'  me et l'esprit (Fawcett, 2005, p. 558).

#### **4.2.1 Focus des soins infirmiers**

Selon Fawcett (2005), la théorie de Watson est considérée comme une théorie à spectre modéré ou intermédiaire qui est centrée sur la composante humaine du soin, sur le moment présent de la rencontre entre soignant-soigné et plus spécifiquement sur les activités de soins prodigués par les infirmières lors de l'interaction avec les autres (Fawcett, 2005, p. 554). De plus, la théorie est focalisée sur la relation entre l'utilisation des processus cliniques *caritas* et le développement d'une relation transpersonnelle dans le concept de soin. Elle soulève l'importance de la compassion humaine et de la relation transpersonnelle dans le soin ainsi que son potentiel de guérison qui peut se réaliser tant pour le soigné que pour le soignant.

Watson centre sa théorie sur le postulat que la personne ne peut être traitée comme un objet et ne peut être séparée d'elle-même, des autres, de la nature et de l'univers entier (Fawcett, 2005, p. 561). Selon Parker & Smith (2010), cette théorie se trouve dans le paradigme unitaire-transformation (p. 355). Pepin, Kérouac & Ducharme (2010), définissent ce paradigme « comme un changement perpétuel, en accélération, unidirectionnel et où la personne est considérée comme un tout unitaire en interaction avec le monde qui l'entoure » (p.30). Il apparait comme important de prendre en compte que la personne évolue et que rien ne reste fig   dans le temps. De plus, l'infirmière doit tenir compte de ces changements pour adapter sa prise en soin. Il est nécessaire de considérer l'environnement et la famille du patient comme influençant le processus de soin. Dans ce paradigme, l'infirmière tient compte des valeurs, croyances et connaissances de la personne. Cette théorie a permis la création d'une nouvelle   cole de pensée : le *caring*. Dans cette   cole de pensée, Watson promeut le leadership infirmier dans la compréhension de l'autre pour créer un environnement propice à la réalisation de soi et aux « relations harmonieuses ». « Chacun apprend des échanges et des interactions avec les personnes, chacune transforme sa compréhension et développe ses habilités de *caring* [...] » (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 140).

Chaque rencontre est enrichissante et contribue au développement personnel. L'expérience qui en découle est influencée par la manière dont la personne l'exploite. L'infirmière adapte ainsi sa pratique et la théorie du *caring* en fonction de ses propres croyances et valeurs.

Watson énonce diverses valeurs concernant Human Care et Human *Caring* :

Elle accorde un grand respect aux merveilles et mystères de la vie. Elle reconnaît la dimension spirituelle de la vie et un pouvoir interne de l'humain, dans le processus de soin, ainsi que le pouvoir de changement et de grandir. Elle a des valeurs non paternelles qui promeuvent l'autonomie de la personne ainsi que la liberté de faire ses propres choix. Elle met un point d'honneur à préserver la dignité humaine, la personnalité de l'autre et elle accorde une grande importance à la subjectivité ainsi qu'à l'intersubjectivité entre la personne et l'infirmière. (Fawcett, 2005, p. 564)

Il est important que l'infirmière prenne en compte que chaque être humain est différent et sait quelles sont les meilleures décisions à prendre pour lui-même et la gestion de sa santé. Watson privilégie l'autonomie et l'autodétermination des patients. L'espoir et les croyances ont un pouvoir bénéfique dans l'acceptation de la maladie car ils permettent aux personnes de se raccrocher à la vie et d'être en paix avec elles-mêmes. Dans la relation à l'autre, l'infirmière doit respecter les valeurs de chacun et leur subjectivité pour soutenir leur dignité.

#### **4.2.2 Caratif / curatif et processus de *caritas***

Watson a mis en avant des valeurs, des savoirs, des pratiques infirmières tournées vers le human *caring* prenant en compte la subjectivité et l'expérience de chaque personne. Elle en a ressorti donc dix facteurs *caratifs*, qu'elle met en opposition avec les facteurs curatifs ressortant d'une pratique médicale qui a pour but d'éliminer la maladie (Alligood & Tomey, 2010, p. 94). Dans cette approche le soignant oriente sa prise en soin vers le *caring* et non vers la guérison. Ces dix facteurs *caratifs*, font émerger dix recommandations pour la pratique infirmière qu'elle appelle les processus de *caritas*. Pour Watson, le terme *caritas* signifie, chérir, apprécier, donner une attention spéciale à l'autre ou encore amour (Alligood & Tomey, 2010, p. 94).

Elle insiste sur le fait que ceci permet une distinction de la discipline médicale car les soins infirmiers prennent en soin la personne et non la maladie.

Selon Watson, les processus de *caritas* représentent le noyau des soins infirmiers. En effet, elle a une double vision des soins. D'une part le « trim » qui correspond aux procédures, aux protocoles, aux techniques et à la technologie. D'autre part, les processus de *caritas* qui représentent la relation à l'autre, l'éthique, les valeurs adoptées par les infirmières. Watson met en évidence que les processus de *caritas* sont le fondement de la pratique avancée et les modalités de soins pour maintenir la santé, les processus de soins et la guérison (Fawcett, 2005, p. 563). Les processus de *caritas* semblent comparables à un protocole à suivre pour l'application de la théorie.

### **Les facteurs *caratifs* et les processus de *caritas***

Le tableau suivant permet de visualiser et de mettre en lien la théorie avec la pratique en détaillant les différents facteurs *caratifs* et les processus de *caritas*.

Tableau 1 :

<b>Facteurs <i>caratifs</i></b>	<b>Processus de <i>caritas</i></b>
<b>1.</b> « Système de valeurs humanistes et altruistes »	« Pratique d'amour-bonté et d'égalité dans un contexte de conscience <i>caring</i> »
<b>2.</b> « Croyance-espoir »	« Être authentiquement présent, faciliter et maintenir le système de croyances profondes et le monde subjectif du soignant et du soigné »
<b>3.</b> « Prise de conscience de soi et des autres »	« Culture de ses propres pratiques spirituelles et du soi transpersonnel, se dirigeant au-delà du soi ego, s'ouvrant aux autres avec sensibilité et compassion »
<b>4.</b> « Relation thérapeutique d'aide et de confiance »	« Développement et maintien d'une relation d'aide, de confiance et de <i>caring</i>

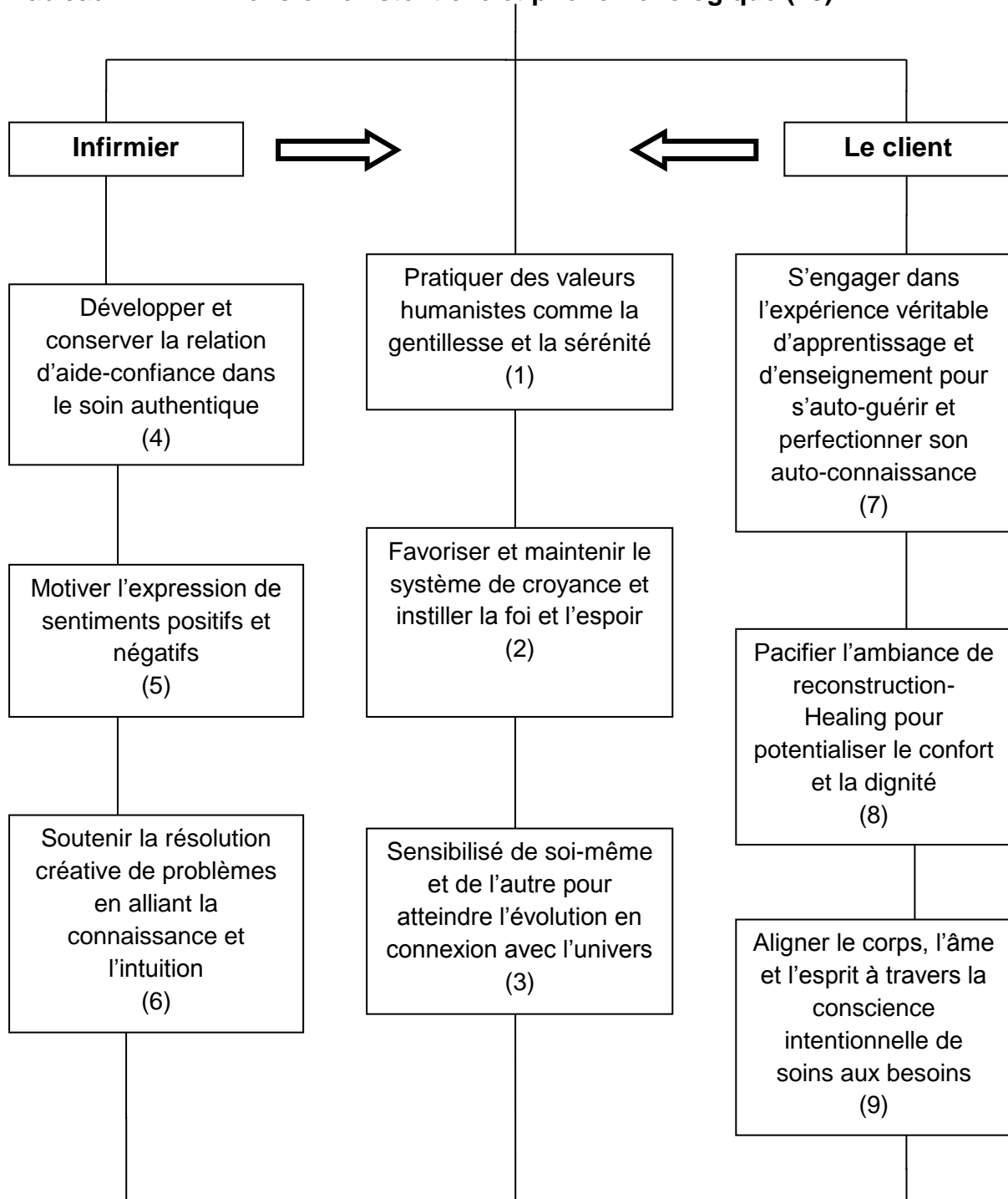
	authentique »
<b>5.</b> « Expression de sentiments positifs et négatifs »	« Être présent et offrir du soutien par l'expression de sentiments positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle du soigné »
<b>6.</b> « Processus de <i>caring</i> créatif visant la résolution de problèmes »	« Utilisation créative de soi et de tous les types de savoir comme faisant partie du processus de <i>caring</i> ; s'engager dans une pratique de <i>caring-healing</i> artistique »
<b>7.</b> « Enseignement-apprentissage transpersonnel »	« S'engager dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique qui s'attarde à l'union de l'être et de la signification, qui essaie de demeurer dans un cadre de référence de l'autre »
<b>8.</b> « Soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel »	« Créer un environnement de santé à tous les niveaux (physique de même que non physique), un environnement subtil d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté dignité et paix sont potentialisés »
<b>9.</b> « Assistance en regard des besoins de la personne »	« Assister en regard des besoins de base, avec une conscience de <i>caring</i> intentionnelle, administrer les "soins humains essentiels", qui potentialisent l'alignement esprit/corps/âme, l'intégralité et l'unité de la personne dans tous les aspects du soin; veiller sur l'âme incarnée et l'émergence spirituelle en développement »
<b>10.</b> « Forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles »	« Ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles-mystérieuses et existentielles de sa propre vie-mort; soin de l'âme pour soi-même et la personne soignée »

Cara & O'Reilly (2008).

Il paraît important de souligner que les processus de *caritas* sont une marche à suivre découlant de la théorie du *caring*. En effet, ces conceptions comprennent divers aspects de la vie du patient telles que : les croyances, les valeurs, la spiritualité, les attitudes positives ou négatives, la confiance en soi et l'environnement. Afin de répondre au mieux à ses besoins, l'infirmière devra adopter une posture non-jugeante, rassurante, faire preuve de soutien empathique, initier la relation de confiance, être une ressource tant pour le patient que pour sa famille. Tout ceci en faisant preuve de créativité dans la prise en soin et en faisant appel à la dimension spirituelle et mystique du patient.

Un article de Dos Santos Mathias, Sanson Zagonel & Ribeiro Lacerda (2006), permet de mieux comprendre chaque facteur *caratif*. Comme le démontre le tableau suivant, ils sont en interaction sans nécessairement avoir à suivre un ordre précis. Ils sont centrés sur le rétablissement de la santé de la personne et non sur la maladie.

Tableau 2 : **Dimension existentielle et phénoménologique (10)**



Les éléments 1, 2 et 3, démontrent la relation transpersonnelle, c'est-à-dire la relation entre l'infirmier et le client. Celle-ci va permettre la connexion de la personne avec l'univers.

Les points se trouvant sur les latérales sont reliés entre eux dans un cercle fermé. Sur la gauche, se trouvent les concepts que l'infirmier doit effectuer et sur la droite ceux qui incombent au client. Ainsi, en collaboration, tous deux travaillent ensemble pour permettre l'acquisition des dix facteurs (Dos Santos Mathias, Sanson Zagonel & Ribeiro Lacerda, 2006).

#### **4.3 Les métaconcepts selon la théorie du *caring***

Fawcett, en prenant comme cadre de référence les travaux de Kuhn a élaboré quatre métaconcepts en sciences infirmières : soin, santé, environnement, personne regroupés sous le nom de métaparadigme (Debout, 2008, p.38). Ces métaconcepts sont à la base des théories des soins infirmiers et sont définis différemment par chaque théoricienne. Cette section aborde les différents métaconcepts selon la définition de Watson.

**Soin:** Pour Watson, le soin est une science humaine, une discipline et un art. Le but des soins infirmiers est de protéger, de promouvoir et de préserver la dignité humaine ainsi que l'humanité. Le soin permet à la personne d'augmenter son degré d'harmonie entre son corps, son esprit et son âme pour générer en lui une connaissance de soi, un respect de soi, une auto-guérison et des auto-soins (Fawcett, 2005, p. 559). Chaque facteur *caratif* et plus récemment les processus de *caritas* décrivent un processus de soin pour que le patient atteigne, maintienne sa santé ou accède à une mort paisible (Alligood & Tomey, 2010, p. 98). Le *caring* est donc au centre du soin.

**Santé:** Watson définit la santé comme étant une unité et une harmonie entre le corps, l'esprit et l'âme. La santé est associée à un degré de congruence entre comment la personne se perçoit et ce qu'elle est en train de vivre (Fawcett, 2005, p. 559). Pour Watson la santé correspond à un équilibre physique, mental et social (Alligood & Tomey, 2010, p. 99).



**Environnement :** Selon Watson, l'environnement peut correspondre à l'infini ou à l'univers. Watson voit l'être humain et l'environnement comme un champ de connexion (Fawcett, 2005, p. 559). Watson fait référence au huitième facteur *caratif* pour expliquer l'importance de l'environnement : « Créer un environnement de santé à tous les niveaux (physique de même que non physique), un environnement subtil d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté dignité et paix sont potentialisés » (Cara & O'Reilly, 2008, p. 39).

**Personne :** Watson décrit la personne comme étant une unité entre le corps, l'âme, l'esprit et la nature. Elle a une conception de la vie et de la personnalité en lien avec la notion qu'une âme possède un corps mais que celle-ci n'est pas confinée, comme un objet, dans le temps et l'espace (Fawcett, 2005, p. 558). Watson met en évidence le lien entre sa vision de la personne et le paradigme unitaire-transformation (Alligood & Tomey, 2010, p. 99). « Watson states, « I make the point to use mind, body, soul or unity within an evolving emergent world view-connectedness of all, sometimes referred to as Unitary Transformative Paradigm-Holographic thinking. » (Alligood & Tomey, 2010, p. 99).

La description de ces quatre métaconcepts correspond à nos valeurs tant personnelles que professionnelles. En effet, en tant que soignant il faut mettre un point d'honneur à prendre en soin la personne en tant qu'être unitaire en tenant compte de ses aspects physiques, psychiques, sociaux et environnementaux et spirituels, ce qui donne la particularité de la théorie et ces éléments sont en connexion, donc indissociables. L'autonomie et la dignité humaine prennent une place importante dans les soins car selon nous, il est important d'aller à la rencontre de la subjectivité et de l'expérience vécue de la personne en tenant compte des connaissances et des capacités du patient quant à la gestion de sa santé.

#### **4.4 Les concepts majeurs de la théorie de l'*human caring***

D'après Fawcett (2005), Watson décrit trois grands concepts faisant partie intégrante de sa théorie.

Tout d'abord, elle explique la signification de la relation transpersonnelle dans le soin. Selon elle, il existe une connexion entre l'Homme et l'Homme car chacun de

nous peut être touché à l'intérieur de soi par l'autre. Watson définit le soin transpersonnel dans la relation comme un art. Dans ce concept, Watson explique trois dimensions différentes : Self, Phenomenal Field et Intersubjectivity.

- Le soi est une unité transpersonnelle entre le corps, l'esprit et la pensée. Le soi est composé de perceptions et de caractéristiques de soi-même ainsi que de perceptions de la relation entre soi et les autres.

Le soi est composé de trois entités subjectives à chaque individu : le corps, l'âme et l'esprit. Ces derniers forment la personne et influencent la relation à l'autre.

- Le champ phénoménal est la totalité de l'expérience humaine qui détermine la façon dans laquelle la personne vit dans le monde. C'est la subjectivité de la personne qui va déterminer les perceptions et les réponses lors des situations données.

Les expériences de vie de la personne auront un impact sur la manière de vivre chaque situation. Il est vrai que les réactions de chacun sont en lien avec la culture, l'éducation, l'environnement et le vécu.

- L'intersubjectivité se réfère à la subjectivité de chacun dans la relation. Watson part du principe que la personne prend en considération la pensée d'autrui. La rencontre avec l'autre fera partie de l'histoire de vie de la personne car tous deux co-participent au présent et au futur.

Ces trois concepts, mettent, une fois de plus en avant l'importance de la subjectivité dans les soins. En effet, il semble important de prendre en compte l'unicité de la personne soignée mais également du soignant. Ensemble, dans la relation, ils vont créer le processus de soin qui influencera l'avenir de la prise en soin (p. 561-62).

Le deuxième concept de Watson est le « *caring moment/caring occasion* ». Selon elle, les actions et les choix de l'infirmière ainsi que de la personne lors du moment présent vont déterminer le futur de la relation. Le concept de « *caring moment* » est amené comme étant un moment précis dans le temps et l'espace lors duquel la relation évolue en fonction de l'expérience vécue. Cela fait penser que la première rencontre avec le patient est un moment crucial pour la création d'une relation de confiance qui aura un impact sur la prise en soin future (p. 562).

Le dernier concept est le « *caring consciousness* ». Pour Watson, la conscience est une énergie. Le « *caring-healing-loving consciousness* » transcende le temps et l'espace et domine les dimensions physiques. Il semble important que l'infirmière ait conscience que ses actes influencent directement la relation avec le soigné ainsi que sa propre identité professionnelle. Afin de promouvoir l'authenticité et maintenir la dignité de l'autre, l'infirmière se doit d'être en réflexion constante sur ses actes (p. 562-63).

#### **4.5 Assumptions**

Selon Fawcett (2005), Watson divise ses hypothèses en quatre groupes. Elle commence par parler des valeurs humaines dans le soin. La compassion et l'amour sont les forces universelles les plus mystérieuses et cosmiques. Ces deux forces sont toujours reliées.

Puis, elle décrit le soin comme étant basé sur une ontologie et éthique de la relation. Le soin fait partie du processus de *caritas* en lien avec les valeurs et les motivations de chacun. Celui-ci est guidé par les facteurs *caratifs*. De plus, elle insiste sur l'importance de l'environnement et de la relation dans le soin : « the spiritual growth of both the one-caring and the one-being-cared-for » (Fawcett, 2005, p. 556).

Selon Watson, la morale des infirmières, en lien avec le soin transpersonnel et les processus de *caritas*, protègent, accroissent, promeuvent et potentialisent la dignité humaine, l'équilibre et la santé. La personne crée et co-crée sa façon d'exister, sa santé, sa manière de vivre et de mourir. L'infirmière affirme la subjectivité de la personne tout en cherchant à maintenir le soin malgré un milieu de menace et de désespoir. De plus, elle a une habilité de connexion avec l'autre dans l'esprit transpersonnel grâce à des mouvements, des gestes, des expressions faciales, des procédures, des informations, le touché, le son, les expressions verbales et les autres techniques scientifiques et humaines.

Watson met en avant le fait que le *caring* est l'essence même des soins infirmiers et qu'il est le focus central de la pratique infirmière. L'infirmière a la responsabilité de développer des nouvelles théories et connaissances quant à la pratique des soins pour ensuite les promouvoir dans une éducation à ses pairs afin de garantir le

maintien d'un niveau élevé de la discipline infirmière. La discipline infirmière soutient la santé et le soin en prenant compte de l'évolution physio-psychopathologique de la personne, l'évolution environnementale, institutionnelle, sociétale et politique.

D'après ses hypothèses la théorie de Watson est plus ancrée dans une dimension philosophique car elle donne beaucoup d'importance aux dimensions spirituelles, universelles et cosmiques. C'est une théorie complexe qui nécessite un travail approfondi sur toutes les subtilités ainsi que sur les différents termes spécifiques créés par Watson. Les conceptions théoriques correspondent aux valeurs que nous défendons dans les soins infirmiers malgré nos limites quant à la compréhension approfondie des dimensions philosophiques qui nous semblent moins accessibles.

#### **4.6 Lien théorie-thématique**

La thématique de ce travail de bachelor s'oriente sur la posture infirmière dans la relation avec le patient adulte recevant un diagnostic de cancer. Il s'agit d'un moment bouleversant dans l'histoire de vie de la personne impliquant des soins d'empathie, d'écoute et de soutien. Il est primordial « d'être avec » le patient, de partir de ses représentations et valeurs pour créer une relation de confiance dans le but d'améliorer et soutenir la qualité de vie définie par le patient. La revue de littérature qui suivra à la prochaine section a pour but de mettre en avant les besoins des patients lors de l'annonce ainsi que les perceptions et les compétences infirmières lors d'une telle situation.

Afin de confronter la théorie avec la problématique, nous nous sommes inspirées du modèle de Watson : le *caring*. Celle-ci, prend en compte la personne comme un tout dans les soins en lui donnant une place d'auto-détermination. En effet, le patient est acteur de sa santé en étant expert de sa maladie. Dans cette théorie, Watson met en avant le fait que l'infirmière doit se centrer sur les perceptions du patient afin de pouvoir cheminer en coopérant avec celui-ci. Elle lui propose des outils afin d'améliorer sa santé, le patient sera libre de les utiliser en fonction de ses besoins. De plus, la théorie du *caring* prend en compte les aspects sociaux, culturels, spirituels et environnementaux dans l'histoire de vie du patient et favorise ainsi des soins adaptés à chaque personne. Ces aspects rendent subjectif la manière de

comprendre et de vivre la maladie pour chacun. Ainsi, l'infirmière devra utiliser les ressources de chaque personne afin de pouvoir optimiser la qualité des soins.

Bien que l'annonce du diagnostic de cancer soit effectuée par le médecin, l'infirmière possède une place importante dans les instants qui suivent l'annonce. Grâce à sa relation privilégiée et sa présence quotidienne auprès du patient, elle est à même de soutenir, écouter et percevoir les besoins exprimés ou non par le patient. Pour maintenir la qualité de vie de ce dernier, en se référant à la théorie du *caring*, l'infirmière va s'appuyer sur les processus de *caritas* afin de prendre en soins la personne dans sa globalité.

Ce travail a pour intention de donner des pistes de réflexion sur la posture infirmière et de mettre en avant les compétences relationnelles. La revue de littérature permet de répondre à la question suivante :

**Comment développer la posture infirmière grâce à la théorie du *caring* pour soutenir une personne recevant un diagnostic de cancer et améliorer sa qualité de vie ?**

## 5. Méthodologie

---

Ce chapitre présente la procédure de recherche des articles afin de réaliser la revue de littérature. Il y sera défini les critères d'inclusion et d'exclusion des articles ainsi que les mesh terms utilisés.

### 5.1 Pico

Ce tableau a permis de cibler la population de recherche mais également les interventions, le contexte et l'objectif de la revue de littérature.

<b>P</b>	Nurse, adult, patient
<b>I</b>	Neoplasm, cancer, diagnosis, intervention psychoéducatif ou psychosociale, empowerment,
<b>C</b>	Bad news, cancer, caring, nursing, relationship,
<b>O</b>	Quality of care, quality of life,

### 5.2 Bases de données

Les bases de données consultées afin de rechercher les articles sont : CINAHL, Pubmed ainsi que Google Scholar. De plus, les bibliographies et les mots clefs des premiers articles sélectionnés ont permis d'enrichir notre sélection. Grâce à la consultation d'autres travaux de bachelor en lien avec la thématique abordée dans cette revue de littérature, d'autres articles ont pu être référencés.

Les mesh terms utilisés dans les diverses bases de données sont les suivants :

*Nurse-patient relationship, quality of life, cancer diagnosis, nursing, quality of health care, nursing care, Caring, Watson, oncology, nursing and patient, communication, neoplasm, nurse attitude, perceptions, bad news, communication skills.*

Après ces recherches, environ 100 articles ont été rassemblés. Différents critères de sélection ont été utilisés afin de mieux cibler les articles pertinents en lien avec la thématique.

Lors de la recension des écrits dans les diverses bases de données, une limite d'ancienneté des articles de dix ans a été fixée. Néanmoins, en consultant les bibliographies des différents articles retenus, trois articles datant de 2000 et 2001 ont été sélectionnés. En effet, ils ciblaient de manière pertinente la thématique abordée. De plus, pour avoir une équité et une fiabilité des données, des articles quantitatifs et qualitatifs ont été recherchés.

Afin de limiter la recherche et de se rapprocher au mieux de la problématique de l'étude, la population retenue était les infirmières travaillant dans un service d'oncologie ainsi que des patients adultes recevant un diagnostic de cancer.

Cette revue de littérature vise l'analyse des expériences des soignants et des patients face au diagnostic de cancer. En effet, il semblait pertinent d'évaluer la communication entre ceux-ci afin de soutenir la posture infirmière en s'appuyant sur la théorie du *caring*.

De plus, le but de cette analyse est d'améliorer la qualité des soins afin d'améliorer la qualité de vie du patient. Il est vrai que l'annonce du diagnostic de cancer est un bouleversement dans la vie des patients et de leur entourage, c'est pourquoi, cette revue de littérature vise à obtenir des recommandations afin de soutenir l'importance de la posture infirmière au moment de l'annonce du diagnostic de cancer.

Ces critères ont permis la sélection de quatorze articles de recherches pour la construction de la revue de littérature dont cinq articles quantitatifs et neuf articles qualitatifs. La grille Fortin a été utilisée pour l'analyse des articles de recherche puis, le tableau récapitulatif de synthèse ci-dessous a été créé avec les données recueillies (Fortin, 2010).

L'annexe 1 permet de décrire en détails le cheminement du recensement des écrits pour chaque base de données utilisées.

## **Tableaux de synthèse d'analyse des articles**

<b>Titre</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Année, lieu</b>	<b>Population (n)</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Instruments/outils</b>	<b>Résultats/conclusion</b>	<b>Limites</b>
Helpful communications during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences	Thorne S., Oliffe J., Hislop T.G., Stajduhar K., Harris S.R., Armstrong E.-A., Oglov V., Kim-Sing C.	2010 Canada	n=60 Patients atteints de différents cancers et ayant reçus un diagnostic de cancer.	Améliorer la communication lors de l'annonce d'un diagnostic cancéreux en tenant compte des différentes perceptions des patients.	Propos recueillis par plusieurs interviews. Le premier en face à face avec une grille de questions préliminaires et les suivants par des entretiens téléphoniques.	42% des participants ont rapporté une expérience négative de communication. Ressentiments des comportements et des thèmes abordés lors de l'annonce décrits comme "aidants" ou "appréciés" par les patients.	Souvenirs ou perceptions des patients, qui peuvent oublier ou occulter des informations. Etude faite des perceptions subjectives donc impossible de toutes les prendre en compte.
Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication	Parker P.A., Baile W.F., De Moor C., Lenzi R., Kudelka A.P., Cohen L.	2001 Texas, Anderson Cancer Center (centre de lutte contre le cancer)	n= 351 Patients atteints de divers cancers, de 28 à 80 ans.	Evaluation des préférences des patients lors des entretiens d'annonce de leur maladie et/ou de récidive.	Série de questionnaires, outils de mesure des préférences des patients (MPP).	Classement d'items selon leur importance dans la prise en soin et regroupement de ceux-ci en 3 catégories.	Pas de prise en compte des perceptions des patients traités dans les hôpitaux. Examen des préférences à un moment précis dans le temps donc pas de suivi de l'évolution dans le temps.
Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors	Zamanuadeh V., Azimzadeh R., Rahmani A., Valizadeh L.	2010 Centre d'oncologie iranien	Patients n=200, Infirmières n=40	Déterminer les comportements de soins infirmiers les plus importants selon les patients et les infirmières et comparer leurs perceptions respectives.	Questionnaire d'évaluation Care-Q de Larson, échelle de Likert. Analyse grâce au logiciel SPSS, test non paramétrique de Mann-Whitney.	Perceptions des infirmières et des patients sont proches avec un classement semblable. Soins physiques ressortent comme très importants pour les deux groupes.	Petit échantillon d'infirmières et donc inégalité avec l'échantillon des patients. Deux unités d'un même lieu donc difficulté de généralisation des données.



Titre	Auteurs	Année, lieu	Population (n)	But de l'étude	Instruments/outils	Résultats/conclusion	Limites
Watson's theory of human caring and subjective living experiences : carative factors/caritas process as a disciplinary guide to the professional nursing practice	Watson J.	2007 Université du Colorado	Pas de population étudiée	Décrire et expliquer plus clairement la théorie de Watson en définissant précisément des 10 processus de caritas pour guider la pratique infirmière.	Théorie du <i>Caring</i>	Soutien de la pratique et de la discipline infirmière comme une science qui contribue à soutenir l'humanité et la dignité de chacun.	Pas une recherche empirique sur l'efficacité ou l'utilisation de la théorie dans les soins.
Patients' quality of life : a comparison of patient and nurse perceptions	Barhami, M., Parker S., Blackman I.	2008 Hôpital publique en Australie	Patients n=117 Infirmières n=49	Identifier le niveau de concordance entre les perceptions des infirmières et des patients concernant la qualité de vie de ceux-ci. Identifier ce qui peut affecter ce niveau de concordance.	Questionnaire comportant 26 items. Analyse avec le logiciel SPSS.	Degré de concordance modéré pour les scores en lien avec les facteurs physiques et moins bon degré pour les autres facteurs (psychologique, social, environnemental). Liens avec des données démographiques et avec la durée de la prise en soins (lien patient/infirmière).	Petit échantillon d'infirmières. Données recueillies dans un milieu de travail stressant pour les infirmières ce qui diminuait leur concentration. D'autres variables influençant le niveau de concordance non analysées.
Positive attitude in cancer : The nurse's perspective	O'Baugh J., Wilkes M.L., Luke S., Ajesh G.	2008 Cancer Care Centre à l'hôpital de Wentworth, New South Wales	Infirmières n=8	Démontrer l'impact des attitudes des infirmières sur les attitudes des patients face à leur prise en soin. Perceptions des infirmières uniquement.	Questionnaires écrits à remplir par les infirmières puis entretiens semi-structurés filmés.	L'infirmière ne doit pas se fier à ses propres ressentis mais toujours partir des réels ressentis du patient. Description de l'impact des attitudes positives et négatives sur le processus de soin.	Manque d'information sur les perceptions des patients. Faible échantillon d'infirmières.

Titre	Auteurs	Année, lieu	Population (n)	But de l'étude	Instruments/outils	Résultats/conclusion	Limites
Receiving a diagnosis of lung cancer: patients' interpretation, perceptions and perspectives	Yardley S.J., Davis C.L., Sheldon F.	2001 Southampton Dans trois cliniques d'oncologie	Patients touchés par le cancer du poumon n=11	Documenter les points de vue des patients sur l'annonce du diagnostic de cancer du poumon ainsi que leurs attitudes à l'égard des méthodes utilisées et leurs idées d'amélioration.	Entretiens avec des questions ouvertes qui ont soulevé des thèmes clés.	27 thèmes ont été soulevés puis regroupés en cinq domaines clés : la communication, la famille et la communauté, la réaction au diagnostic, le traitement et le pronostic et les suggestions des patients pour l'amélioration du phénomène.	Faible échantillon.
Perceptions relatives au caring chez les patients et les infirmières en oncologie	Poirier P., Sossong A.	2010 Centre médical situé en région rurale des États-Unis	Infirmières n=15 Patients n=19	Déterminer s'il y a des divergences entre les perceptions du <i>caring</i> chez les patients et chez les infirmières en oncologie.	Utilisation d'un instrument spécifique : Le <i>Caring Behaviors Inventory-Elders</i> . CBI-E qui comporte 28 items que les participants devaient noter avec l'échelle de Likert. Formulaire de données démographiques.	Les infirmières donnaient des scores plus élevés de leurs propres comportements de caring que ne le faisaient les patients. Les infirmières répondaient d'avantage aux besoins techniques qu'affectifs. Pas d'influence des données démographiques dans les perceptions.	Petit échantillon. Faible hétérogénéité au niveau ethnique des participants.
L'importance de la communication entre l'infirmière et le patient atteint de cancer face à l'impact du diagnostic de la maladie	Sales Fontes C.A., Titonelli Alvim N.A.	2008 Clinique de Rio de Janeiro	Patients sous chimiothérapie n=12	Décrire l'impact de l'annonce du diagnostic subi par le patient et identifier les possibilités de communication avec l'infirmière sur les limites imposées par la maladie.	Utilisation de la technique « Almanaque » en lien avec des entretiens semi-structurés.	Description des émotions ressenties par les participants lors de l'annonce. Description des périodes d'ambivalence et des difficultés rencontrées. Mise en évidence d'aspects aidant pour le patient.	Faible échantillon. Subjectivité de l'interprétation de la création artistique.

Titre	Auteurs	Année, lieu	Population (n)	But de l'étude	Instruments/outils	Résultats/conclusion	Limites
The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult inpatients with cancer: A retrospective study.	Swanson J., Koch L.	2010 Centre médical régional dans le Midwest des États- Unis	Patients hospitalisés atteints de cancer n=55	Déterminer si le rôle de l'infirmière spécialisée intervenant en oncologie diminue la détresse des patients hospitalisés adultes atteints de cancer.	Une règle (telle que celle de la douleur) pour l'évaluation de la détresse des patients par des infirmières spécialisées.	Les visites des infirmières spécialisées n'ont pas affecté de façon significative les niveaux de détresse chez les participants. Les patients vus par l'infirmière spécialisée ont montré une diminution moyenne des scores de détresse alors que les patients non vus par celle-ci ont eu une augmentation moyenne de ce score.	Un échantillon faible. Contradictions dans les résultats.
Etude prospective du processus communicationnel lié à l'annonce d'une maladie incurable.	Marcoux I.	2012 Centre hospitalier universitaire de Nantes	Patients avec tumeur cérébrale et leurs proches n=51	S'intéresser au processus communicationnel lié à l'annonce de la maladie entre les différents protagonistes (patient, médecin, proches), et aux enjeux liés à la question de consentement éclairé dans les soins.	Présence des chercheurs lors des entretiens d'annonce de la maladie. Grille d'observation de l'interaction lors de l'annonce.	La présence des proches est positive mais a aussi des points négatifs en lien avec l'adaptation de l'équipe médicale à chaque situation. Bonne information sur la maladie, les options de traitements et les effets secondaires mais un peu moins sur les bénéfices de ces traitements et sur l'évolution réelle de la maladie, le pronostic.	Peu de temps passé sur le terrain (6 mois). Pas de vérifications des données auprès des participants.
Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer	Dunnice U., Selvin E.	2000 Hôpital au nord de l'Irlande	Infirmières n=6	Découvrir l'expérience et le vécu des infirmières ayant été présentes avec un patient au moment de l'annonce du diagnostic de cancer.	Entrevues semi-structurées des infirmières en lien avec leur vécu.	Sept thèmes développés par les infirmières : sentiments ressentis, importance de la présence, relation de confiance, soutien du patient,	Faible échantillon.

Titre	Auteurs	Année, lieu	Population (n)	But de l'étude	Instruments/outils	Résultats/conclusion	Limites
						avoir des connaissances sur le sujet, avoir plus de disponibilité, expérience difficile qui renvoi à sa propre mort.	
Receiving bad news : a phenomenological exploration of the lived experience of receiving a cancer diagnosis	Tobin G.A., Begley C.	2008 Irlande en milieu rural	Patients n=10	Explorer l'expérience vécue des patients lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.	Interviews enregistrés	Quatre thématiques ont été décrites : perturbation du quotidien, nécessité d'être informé, l'intégration du vécu dans l'expérience de vie et peur de la récurrence de la maladie	Faible échantillon. L'étude n'aborde qu'une partie de la trajectoire de l'annonce donc manque de données pour avoir une vue d'ensemble complète concernant le vécu de la personne.
Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients : a preliminary study	Fukui S., Ogawa K., Yamagishi A.	2001 Quatre instituts de dépistage du cancer de l'est du Japon	Infirmières n=8 Médecins n=12 Patients n=86 chaque groupe est divisé en deux (expérimental et groupe témoin)	Déterminer si un programme de formation aux compétences de communication (CST) lors de l'annonce de mauvaises nouvelles serait utile aux infirmières pour améliorer la qualité de vie des patients et leur satisfaction lorsqu'ils sont informés de leur diagnostic de cancer.	Entretiens fait par des infirmières avec enregistrements audio. Examen des dossiers des patients. Questionnaires Echelle visuelle analogique (SAV) pour l'évaluation de la satisfaction.	Montre les effets positifs possibles de la participation des infirmières au programme de formation (CST). Amélioration des aspects psychiques, de la qualité de vie et de la satisfaction des infirmières chez les patients recevant un diagnostic de cancer. Les infirmières formées prennent plus en compte la culture.	Faible échantillon. Manque d'éléments concernant la satisfaction des patients avec les médecins et membres de la famille. Nécessité de comparer les divers programmes de formation.

## 6. Revue de littérature

---

Le but de cette revue de littérature est de pouvoir déposer des pistes ainsi que des recommandations pour la pratique infirmière afin d'améliorer la qualité de la prise en soin des patients lors de l'annonce d'un cancer. En effet, la communication est un concept clé lors de ce moment douloureux. Il est donc primordial de se pencher sur le vécu et les préférences des patients afin d'améliorer leur qualité de vie. Le moment de l'annonce est le point d'entrée dans la gestion de la maladie. Il s'agit d'une expérience qui reste gravée tout au long du processus de soin et qui peut influencer celui-ci (Thorne et al., 2010).

Plusieurs thèmes émergents de la lecture des articles retenus, ils seront décrits ci-dessous.

### 6.1 L'annonce

Dans toutes les spécialités médicales, l'annonce d'une mauvaise nouvelle est présente. Cependant, cela semble particulièrement récurrent dans les unités d'oncologie. En effet, divers événements négatifs touchant aux traitements lourds qui ont un impact physique et psychique ou encore aux douleurs qui peuvent être insupportables sont associés à un diagnostic de cancer. Il est inévitable de penser à la mort lorsque les patients reçoivent l'annonce du diagnostic de cancer ce qui peut provoquer un stress important (Parker & al., 2001). Selon Parker & al. (2001), quelques recherches ont pu mettre en avant des directives générales et des recommandations pour les médecins sur la façon d'annoncer une mauvaise nouvelle. Néanmoins, celles-ci sont souvent sous la forme de conseils pratiques avec peu de fondement empirique soutenus par des données scientifiques. Il existe peu de recherches concernant les préférences des patients ou se penchant sur leurs expériences quant à l'annonce d'un mauvais diagnostic. Parker & al. (2001), mettent en avant les préférences des patients grâce à une recherche menée au Texas à l'aide de questionnaires qui ont soulevé trois thèmes différents. En effet, les patients ont donné une grande importance au contenu de l'annonce en mettant l'accent sur les informations médicales sur leurs maladies, les traitements possibles ainsi que sur l'expertise médicale. De plus, ils décrivent l'importance du soutien apporté par le

médecin en encourageant le patient à exprimer ces sentiments. Ils soulignent l'importance de la présence d'un autre professionnel de la santé pour un meilleur soutien. Il est important que l'annonce soit faite par le médecin dans un environnement calme et confidentiel. Il semblerait que cette étude comporte quelques limites : celle-ci a été réalisée avec des patients traités dans un centre de lutte contre le cancer avec certainement des attentes différentes que pour des patients traités dans des hôpitaux. De plus, l'étude a examiné les préférences des patients à un moment précis dans le processus de la maladie et n'a pas pris en compte que celles-ci évoluent au court du temps.

Selon Yardley, Davis & Sheldon (2001), qui ont étudié le point de vue de onze patients sur l'annonce du diagnostic de cancer du poumon grâce à des entretiens semi-structurés, ont déclaré que les patients préfèrent être suivis tout au long du processus de la maladie par le médecin annonceur car le lien de confiance est déjà installé.

Les patients décrivent ce moment comme étant un choc avec un sentiment de peur et de vide (Dunniece & Slevin, 2000 et Sales Fontes & Titonelli Alvim, 2008). L'étude de Sales Fontes & Titonelli Alvim (2008), visait à décrire l'impact de l'annonce du diagnostic subi par les patients et à identifier les possibilités de communication avec l'infirmière. Celle-ci a mis en avant que les sentiments ressentis lors de l'annonce peuvent ressurgir lors de l'hospitalisation. Nous pouvons voir ici une explication à l'ambivalence marquée par des périodes d'optimisme, des périodes de pessimisme, par des moments de tolérances, d'impatiences, de tristesses, de joies, d'agressivité, de résignation, des périodes de déni et d'acceptation de la maladie. L'annonce du diagnostic est vécue de manière différente par chaque personne car chaque être humain est unique. Ceci provoque un chamboulement dans la vie des patients ainsi que dans celle de leurs familles.

Il paraît important pour toute infirmière d'avoir des notions sur le ressenti des patients au moment de l'annonce car cela lui permettrait d'adapter sa prise en soin future en tenant compte des changements vécus par le patient. De plus, cela lui permettrait d'explorer les différentes émotions des patients en les aidants à les exprimer.

Grâce à son jugement clinique et à sa pratique réflexive, la présence de l'infirmière lors de l'annonce, lui donnerait des pistes d'exploitation sur le vécu du patient. En effet, cela orientera un prochain entretien de soutien afin d'évaluer les besoins des

patients et y répondre. L'infirmière prend également en compte l'impact psychosocial du diagnostic au moment de l'annonce mais aussi tout au long du processus de soin.

## **6.2 La communication**

Selon Tobin & Begley (2008), après avoir exploré l'expérience vécue par dix patients recevant un diagnostic de cancer dans leur étude, ils ont identifié les réactions des patients face au diagnostic pour élaborer des plans d'interventions selon les besoins exprimés. Ils mettent en avant l'importance d'améliorer, premièrement, la communication entre les professionnels pour pouvoir poser un cadre de soins avant l'annonce. Dans un deuxième temps, la communication au patient pour améliorer la qualité de la prise en soins. De plus, Sales Fontes & Titonelli Alvim (2008), décrivent l'importance de leur apporter du réconfort émotionnel à travers un environnement sécurisant, confortable et de bien-être. La communication permettrait de renforcer la relation de confiance entre le patient et les soignants (Yardley, Davis & Sheldon, 2001 et Tobin & Begley, 2008).

Selon la recherche de Thorne & al. (2010), 42% des patients participants à l'étude ont décrit une expérience négative de communication lors de la période de diagnostic. Cependant, tous ont rapporté au moins une expérience satisfaisante. Cette étude a permis de mettre en avant des comportements et des thèmes décrits comme « aidants » par les patients. Les participants ont mis en avant une attitude non-jugeante des professionnels face à leurs émotions et à leurs questions parfois irrationnelles ainsi qu'une interaction positive, ayant pour but de diminuer la détresse ressentie et de calmer les personnes concernées par le diagnostic. Ils ont mis en avant l'importance d'avoir des réponses adéquates à leurs questions sous forme de dialogue bilatérale impliquant un échange entre professionnels et patients. Les patients soulignent l'importance d'avoir des réponses à leurs questions. Toutefois, la subjectivité de chaque individu ne permet pas la prise en compte des perceptions de chacun. De plus, celles-ci peuvent être oubliées ou occultées par les patients, ce qui induit les deux limites de la recherche.

Yardley, Davis & Sheldon, (2001) décrivent des réticences du personnel à discuter de l'inconnu, alors que les patients préféreraient connaître ces incertitudes afin de pouvoir réduire leur anxiété.

Un besoin d'explications claires, précises et dans un langage compréhensible est important pour garantir la satisfaction des patients concernant l'information (Thorne & al., 2010). En effet, les patients soulèvent le manque de compréhension du à l'utilisation de termes trop scientifiques et inadaptés (Yardley, Davis & Sheldon, 2001). De plus, il est décrit que les informations sont données de manière trop brutales et non-individualisées aux besoins de chacun (Yardley, Davis & Sheldon, 2001 et Marcoux, 2012). Les participants citent comme significatif la mise en place d'un environnement calme et sécurisant, (Sales Fontes & Titonelli Alvim, 2008). Un lieu neutre en dehors de la clinique est préférable pour certains patients (Thorne & al., 2010). Il est important que les professionnels de santé prennent le temps pour annoncer le diagnostic, malgré la pression qui peut être ressentie dans un hôpital. De plus, pendant le dialogue, il ne faut rien précipiter et être capable de laisser des temps de silence afin que le patient puisse assimiler les informations reçues et puissent poser ses questions. Les patients s'appuient sur les professionnels pour gérer leurs émotions et être réconfortés en leur apportant de l'espoir. Ils ont besoin d'avoir une base sécurisante pour placer cet espoir. Il serait pertinent qu'au moment de l'annonce du diagnostic de cancer le thème des traitements possibles soit abordé pour permettre aux patients de se projeter dans le combat contre la maladie, ce qui favoriserait le maintien de l'espoir. De plus, ils peuvent ressentir le besoin d'entendre qu'ils ne sont pas coupables de leur cancer (Thorne & al., 2010).

Il semblerait que la complexité de la communication chez l'Homme a été démontrée car l'expérience vécue est toujours subjective ; il est donc très difficile d'établir une base de données empiriques permettant la création d'une marche à suivre pour faciliter la communication (Thorne & al., 2010). D'après l'étude de Parker & al. (2001), les différences de préférences selon les données démographiques des patients : Les patients ayant un niveau d'étude plus élevé donnent plus d'importance au contenu du message ainsi qu'au contexte de l'annonce alors que les jeunes patients accordent moins d'importance au contexte dans lequel les nouvelles sont données. De plus, il est difficile de mesurer l'efficacité des différentes

communications pour les patients lors de l'annonce du diagnostic de cancer car les attentes de ceux-ci varient d'un individu à un autre (Thorne & al., 2010). Une autre limite de la communication lors de l'annonce est en lien avec le désir de chacun d'être ou non entièrement informé quant à la maladie cancéreuse (Marcoux, 2012).

Selon l'étude de Dunniece & Slevin (2000), le fait que la famille s'oppose à la révélation du diagnostic par le médecin au patient provoquerait un sentiment de colère chez ce dernier. Il se pourrait que cela ait un impact sur la communication et la relation de confiance. Comme mis en avant dans l'étude de Marcoux (2012), selon le code de déontologie médicale (article L.1111-7), les médecins ont le devoir d'informer les patients, de maintenir l'espoir. Il est également de leur responsabilité d'évaluer les capacités des patients à recevoir ou non l'entièreté du diagnostic.

Marcoux (2012), en analysant l'entretien d'annonce de 51 participants accompagnés de leurs proches, décrit que l'insatisfaction des patients peut être influencée par un mauvais « timing » concernant l'annonce du pronostic, soit par une annonce trop précoce, soit par le non-respect de la volonté de rester dans l'ignorance. Finalement, le médecin peut se retrouver face à un dilemme ; protéger le patient en occultant certaines informations tout en prenant le risque de lui causer un tort en vivant dans l'ignorance de sa maladie ou lui donner toutes les informations relatives à sa problématique de santé en prenant le risque de lui provoquer un choc. Néanmoins, son étude comporte certaines limites telles que le peu de temps passé sur le terrain et l'interprétation des notes prises durant les entretiens d'annonce qui ne sont pas confirmées par les patients eux-mêmes.

Finalement, la communication est un point clé dans la prise en soin. En effet, l'infirmière devrait chercher à individualiser le dialogue afin de pouvoir répondre au mieux aux attentes de chaque patient. De plus, une communication efficiente permettrait de renforcer la relation de confiance et ainsi favoriser l'expression des besoins, des émotions, des doutes, des questions des patients et cela pour améliorer l'efficacité des soins. La posture infirmière ainsi que l'amélioration de la communication serait favorisée par la présence de celle-ci lors des entretiens d'annonce. Il est vrai que cela permettrait à l'infirmière d'avoir d'avantage d'outils tels que des renseignements concernant les informations transmises aux patients, leurs

réactions et leurs questionnements. Cela permettra à l'infirmière d'évaluer la réceptivité du patient à un prochain entretien qui guidera sa prise en soin future.

### **6.3 Prise en soin**

Dans cette prochaine section, ce concept décrit l'impact de la prise en soin sur la satisfaction des patients en prenant en compte leurs perceptions, leurs besoins dans les soins infirmiers.

Zamanzadeh, Azimzadeh, Rahmani & Valizadeh (2010), soulignent dans leur étude qu'il existe une différence de perception entre les infirmières et les patients concernant l'importance de divers comportements de soins ce qui peut entraîner une insatisfaction du patient quant à ces besoins et aux soins reçus. Il est donc important que l'infirmière puisse évaluer et valider régulièrement la satisfaction des patients quant à leur prise en soin. Selon les auteurs, il est nécessaire de rendre claire ce qui influence la satisfaction des patients pour pouvoir améliorer la qualité des soins infirmiers. Ils ont étudié le degré de congruence entre les perceptions des patients et des infirmières sur la prise en soin en utilisant les dix comportements de soin les plus importants. Les auteurs ont soulevé des similitudes dans le classement des deux groupes. En effet, pour tout deux, pouvoir donner les traitements à temps ainsi qu'effectuer des soins techniques sont classés prioritairement. Les résultats de l'étude indiquent que l'infirmière doit bien connaître le patient pour pouvoir juger des aspects importants de la prise en soin afin qu'il puisse se sentir satisfait. Selon Poirier & Sossong (2010), il est important que les infirmières sachent que les perceptions des patients peuvent varier en fonction du stade de leur maladie. Il est aussi primordial que les infirmières continuent de valider auprès des patients le type de soins qui est important pour eux et puissent poser des questions précises aux patients sur les perceptions relatives à leurs soins plutôt que de se fier à leurs propres suppositions.

Le niveau de formation entre les infirmières généralistes et les infirmières spécialisées en oncologie influence la prise en soin. En effet, Swanson & Koch (2010), évaluent l'impact de la prise en soin par une infirmière spécialisée sur la



diminution de l'anxiété chez 55 patients recevant un diagnostic de cancer et décrivent chez ces professionnelles de meilleures connaissances techniques et théoriques concernant la maladie cancéreuse. Elles sont donc plus en mesure de répondre aux questions sur la maladie, les effets secondaires des traitements et aux besoins spécifiques des patients en les orientant vers des ressources appropriées. De plus, les infirmières spécialisées en oncologie apportent une meilleure expertise et coordonnent les soins. Grâce à leurs expériences, elles sont une ressource pour les patients, pour les familles ainsi que pour l'équipe soignante.

Les auteurs démontrent par leur étude que l'intervention de ces infirmières diminue l'anxiété chez les patients ainsi que la durée d'hospitalisation. En outre, il y a une plus grande efficacité des interventions de ces infirmières auprès des patients jeunes et vivants en dehors des villes car elles sont plus attentives à adapter les informations à chaque patient en tenant compte des différents degrés de compréhension. Néanmoins, les résultats de cette étude comportent une limite en lien avec un échantillonnage faible. Pour Poirier & Sossong (2010), il est primordial de favoriser la formation des infirmières peu expérimentées en oncologie.

Dans la prise en soin d'une maladie cancéreuse, la famille est également une ressource pour l'équipe soignante qui doit prendre en compte les informations données sur la qualité de vie des patients pour adapter la prise en soin auprès de ceux-ci (Bahrami, Parker & Blackman, 2008). En effet, la famille apporte un soutien moral au moment de l'annonce car elle fait ressortir des questions que le patient n'est plus à même de poser (Marcoux, 2012 et Sales Fontes & Titonelli Alvim, 2008). De plus, l'annonce du diagnostic et le traitement ne touchent pas seulement le patient mais toute la famille qui doit réorganiser leur vie en fonction de la maladie (Sales Fontes & Titonelli Alvim, 2008).

L'attitude des infirmières est également un facteur influençant la prise en soin et la satisfaction des patients. O'Baugh, Wilkes, Luke & George (2008), analysent comment l'attitude de l'infirmière peut influencer celle du patient et avoir un impact sur la prise en soin. En effet, dans cette recherche huit infirmières définissent l'attitude positive des patients comme étant l'acceptation de la maladie, la volonté de vouloir combattre la maladie et de garder un esprit optimiste malgré le diagnostic. L'attitude négative des patients est définie par celles-ci comme étant le manque de

confiance quant aux traitements et le pessimisme. D'autres facteurs peuvent influencer l'attitude des patients comme : l'environnement hospitalier, la famille et l'entourage qui émettent des émotions positives ou négatives, l'amabilité du personnel soignant. Les auteurs mettent en lien l'attitude avec l'espoir qui n'est pas figé dans le temps mais qui peut constamment changer. De plus, les auteurs citent d'autres recherches qui démontrent que d'être entouré par la famille, les amis, de participer à un groupe de parole pour partager ces expériences permet d'avoir une attitude plus positive.

Finalement, les auteurs avancent qu'il est important que les infirmières réfléchissent sur leurs propres attitudes et l'influence qu'elles peuvent avoir sur l'attitude d'un patient atteint de cancer. Les infirmières devraient soutenir et encourager les patients à maintenir un sentiment d'appartenance qui est basée sur leurs valeurs et leurs croyances et non sur leurs propres idées et perceptions.

Concernant la problématique de départ, l'infirmière, dans sa posture, doit chercher à comprendre la réalité du patient et à ne pas juger l'attitude de celui-ci, qui peut être perçue comme négative, afin de ne pas influencer la prise en soin. D'après les études, il serait pertinent que les infirmières en oncologie soient spécialisées car cette formation apporte des connaissances plus approfondies pour une prise en soin de qualité. De plus, la prise en soin globale de la personne intègre l'entourage et la famille qui peut être une ressource, non seulement pour le patient mais également pour les soignants. Dans sa posture, l'infirmière doit soutenir les choix de chaque patient en utilisant le concept d'*advocacy*.

#### **6.4 Qualité de vie**

La qualité de vie est une notion majeure influençant la satisfaction des patients concernant la prise en soin.

Pour Bahrami, Parker & Blackman (2008), la qualité de vie est définie selon les perceptions subjectives de la personne, leurs propres valeurs et leur façon de vivre. Cette subjectivité ainsi que le changement perpétuel de la vision de la qualité de vie chez les patients est une difficulté pour l'infirmière. L'importance de prendre en

compte la qualité de vie des patients dans la prise en soin permet au personnel de la santé de prendre des décisions thérapeutique en respectant les principes de vie de la personne. King (2006), dans sa revue de littérature met en avant quatre facteurs influençant la qualité de vie : physique, psychologique, social et spirituel comme le démontre la figure 1.

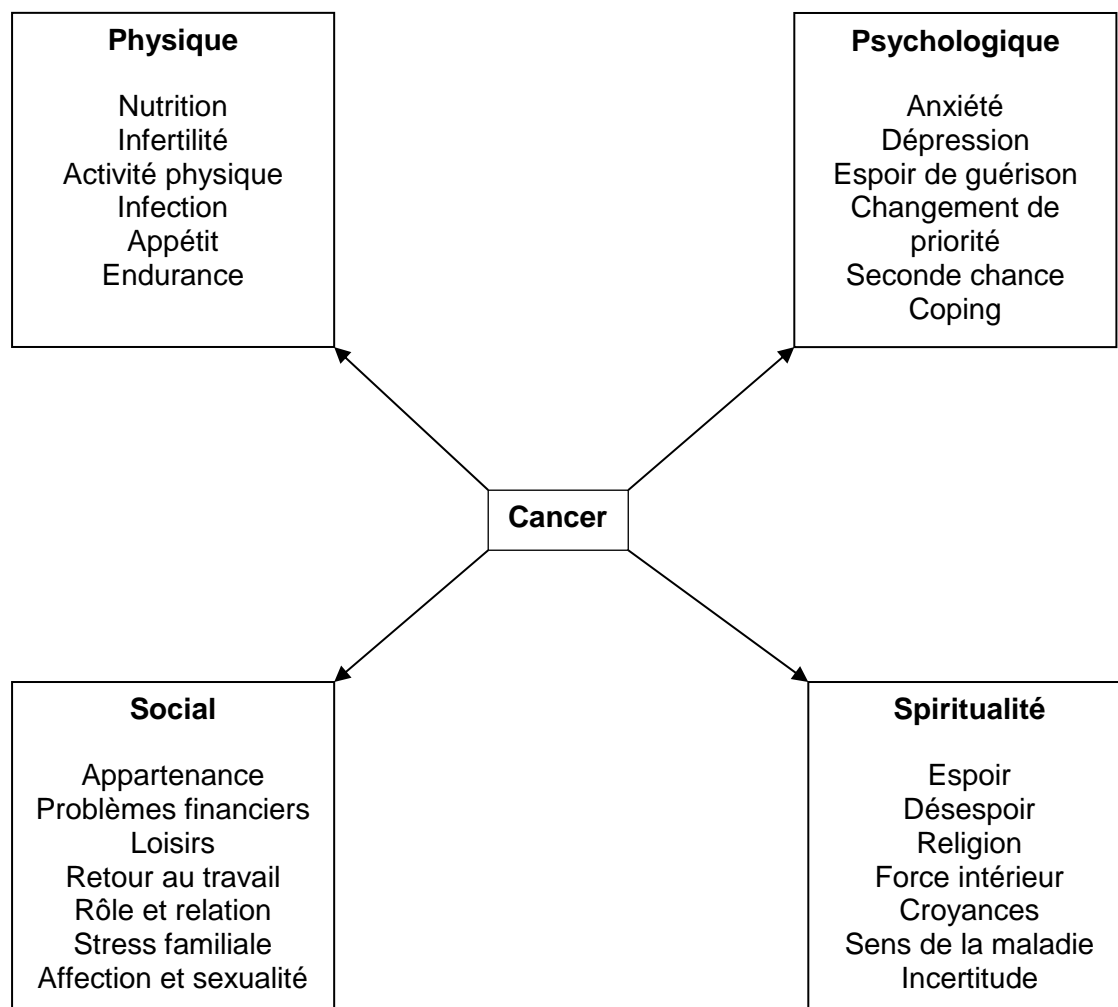


Figure 1 : King (2006).

La figure ci-dessus permet, de visualiser les différents facteurs ayant un impact direct sur la personne. En effet, la maladie perturbe le quotidien des patients en obligeant une réadaptation dans ces quatre domaines pour maintenir une qualité de vie. Selon chaque personne, cette adaptation va découler des divers deuils plus ou moins difficiles à affronter.

Bahrami, Parker & Blackman (2008), étudient le lien entre les perceptions de 49 infirmières et de 117 patients concernant la qualité de vie de ces derniers et démontrent une concordance entre l'évaluation faite par l'infirmière et les perceptions des patients de leur qualité de vie. Néanmoins, dans les domaines sociaux, environnementaux et relationnels, les infirmières sous-évaluent la qualité de vie ce qui peut retentir le processus d'adaptation à la maladie car elles investissent moins leur rôle de soutien et d'aide. Afin d'améliorer les perceptions des infirmières par rapport à la qualité de vie des patients, les auteurs recommandent le développement de meilleures compétences de communications. De plus, il a été démontré que, plus la relation avec le patient est proche et prolongée, plus le niveau de concordance des perceptions est satisfaisant. Néanmoins, les résultats de cette recherche doivent être pris en compte parallèlement aux limites de l'étude qui sont un échantillonnage d'infirmières faible et les mauvaises conditions de récoltes des données dans un environnement stressant.

D'après Sales Fontes & Titonelli Alvim (2008), l'identité et l'estime de soi sont des concepts importants pour la qualité de vie des patients. En effet, les femmes ont la crainte de voir leur rôle de mère, d'épouse ainsi que leur aspect physique modifié par la maladie, tandis que les hommes ont la crainte de perdre leur statut d'homme viril du fait de la modification de l'activité sexuelle et par l'augmentation des expressions des émotions.

Ils décrivent également que la religion permet aux personnes atteintes du cancer d'avoir un soutien qui les aide à accepter la maladie, le traitement ou la mort.

Afin de créer une relation de confiance avec les patients et leurs proches, les infirmières doivent être présentes, écouter activement, partager et respecter leurs histoires et leurs croyances (Iranmanesh, Axelsson, Sävenstedt & Häggström, 2009) Fukui, Ogawa & Yamagishi (2011), décrivent que les infirmières ayant reçu une formation en oncologie donnent des informations plus approfondies et un soutien plus adapté à la culture du patient et celle de la famille.

Afin de pouvoir soutenir la problématique, il est nécessaire que l'infirmière prenne en considération les différents aspects pouvant améliorer la qualité de vie du patient. De

plus, elle doit prendre en compte la subjectivité individuelle car chacun a des priorités de vie différentes. Il est vrai que les besoins physiques et psychologiques priment dans la prise en soin. Cependant, il faudrait que l'infirmière ne néglige pas les aspects sociaux et spirituels qui jouent également un grand rôle dans le maintien de la qualité de vie. Le sentiment d'appartenance ainsi que l'espoir apporté par les croyances favorisent une meilleure acceptation de la maladie.

### **6.5 Lien entre les articles et l'ancrage théorique de ce travail**

Watson a effectué une quête pour identifier un cadre pour les soins infirmiers comme une entité distincte de la profession, une discipline, une science séparée mais complémentaire de la médecine. Selon elle : « Si une profession ne possède pas son propre langage, elle n'existe pas » (Watson, 2007, p. 130). Il est donc important de nommer, revendiquer, articuler et d'agir sur les phénomènes des soins infirmiers.

Poirier & Sossong (2010), ont mesurés les perceptions des infirmières et des patients relatives au comportement de *caring* en lien avec les soins techniques et relationnels des infirmières.

L'étude démontre que les infirmières donnaient des scores plus élevés de leurs propres comportements de *caring* que ne le faisaient les patients. Selon les perceptions des patients, les infirmières qui leur prodiguaient des soins répondaient d'avantage à leurs besoins techniques qu'à leurs besoins affectifs. Les auteurs mettent en évidence le fait que les patients ont donné des appréciations plus basses que les infirmières concernant les soins techniques, ce qui peut être expliqué par le jeune âge des professionnels et leurs manques d'expérience d'où l'importance de favoriser la formation des infirmières.

Les auteurs soulèvent l'importance de ne pas se fier à ses propres perceptions mais de toujours les valider auprès des patients.

D'après les dix facteurs *caratifs* décrit par Watson, un lien avec les différents concepts abordés dans la revue de littérature peut être mis en évidence. En effet, dans le premier facteur, elle développe des valeurs humanistes présentes chez les infirmières telles que : l'empathie, l'inquiétude, l'amour pour soi et les autres afin de

garantir des soins professionnels. Selon la revue de littérature, la communication et l'adaptation de celle-ci à chacun est essentielle pour maintenir la qualité de vie. L'infirmière empathique utilise ses compétences pour analyser chaque situation et ainsi offrir des soins individualisés.

Dans le deuxième facteur, les infirmières doivent encourager, honorer et respecter les croyances des patients qui vont influencer la promotion et le maintien de la santé. L'infirmière va donc nourrir la foi, l'espoir et le système de croyance pour le soigné. Comme décrit plus haut, les facteurs spirituels et sociaux ont un impact sur la qualité de vie et l'acceptation de la maladie. Ainsi, l'infirmière se doit de promouvoir l'expression des besoins spirituels des patients sans jugement et les inclure dans les auto-soins.

Le facteur suivant met en évidence que l'infirmière qui sait reconnaître ses propres sentiments, qu'ils soient douloureux ou heureux, aura plus de facilité à permettre l'expression et l'exploration des sentiments des patients. Selon O'Baugh, Wilkes, Luke & George (2008), l'attitude des infirmières se répercute sur celle des patients et influence donc le vécu de la prise en soin et la satisfaction de celle-ci. De plus, Il semble important que l'infirmière soit au clair avec ses propres sentiments pour mieux accueillir ceux exprimés par le patient.

Le quatrième facteur décrit la connexion avec l'autre, l'infirmière fait partie de l'expérience de l'autre, cette connexion permet de préserver la dignité humaine. Une communication adaptée entre l'infirmière et le patient permet la création de cette connexion par une relation de confiance. Cela favorise ainsi une prise en soin optimale.

Le cinquième facteur explique l'importance de la reconnaissance des sentiments de l'autre dans le processus de soin. L'infirmière doit écouter et respecter les sentiments de l'autre pour honorer l'histoire des patients afin de soutenir l'importance que cela a pour eux et leur guérison. L'infirmière doit prendre en soin la personne en tant qu'être unique avec son parcours de vie et sa subjectivité. En effet, la revue de littérature permet de mettre en évidence quatre domaines influençant la qualité de vie, l'histoire et la culture de chacun en font partie.

Le facteur suivant met en évidence le fait que l'infirmière doit pouvoir gérer les problèmes de manière créative. Comme proposé dans la revue de littérature, il est pertinent de favoriser la formation des infirmières en oncologie car celles-ci acquièrent des outils de prise en soin plus performants. De plus, celles-ci auront développé plus de ressources favorisant des propositions créatives dans la prise en soin.

Le septième facteur décrit le rôle de transmission de l'information de l'infirmière. Pour cela, celle-ci doit évaluer l'impact que l'information peut avoir sur la personne ainsi que sa disponibilité à recevoir l'information. Ce facteur met en évidence les propos énoncés lors de la section de communication. En effet, l'infirmière est amenée à évaluer le niveau de réceptivité à l'information de chaque patient pour en adapter ainsi le discours. Pour cela, la présence de l'infirmière lors de l'entretien d'annonce favorise la continuité de l'information mais également une prise en soin individualisée à chaque situation.

Le huitième facteur explicite le rôle de l'infirmière dans l'environnement. L'environnement a un impact sur la guérison et sur la qualité des soins (confort, sécurité, propreté, la vie privée), l'infirmière a un pouvoir de contrôle sur celui-ci car elle participe à la rééducation de l'environnement et en fait partie. Comme décrit par les patients dans la revue de littérature, l'infirmière se doit de participer à la création d'un environnement calme et sécurisant lors de l'annonce. De plus, l'attitude de l'infirmière aura un impact direct sur la qualité des soins et ainsi favoriser des pensées pessimistes ou optimistes du patient.

Le neuvième facteur soulève l'importance de la satisfaction des besoins de base du patient qui deviennent accessibles grâce à l'infirmière en notant que par le toucher du corps elle touche également l'esprit de la personne. Comme décrit dans la revue de littérature, la qualité de vie du patient est influencée par des besoins de base physiques et psychiques que l'infirmière se doit de soutenir. De plus, par le toucher, l'infirmière peut favoriser un environnement sécurisant pour le patient.

Le dernier facteur aborde la thématique de l'inconnu et laisse place au mystère en lien avec la subjectivité du patient, de sa famille mais également du soignant. Ces facteurs vont contribuer à la prise en soin qui respecte la dignité humaine. Selon la revue de littérature, il est primordial que l'infirmière considère la personne en tant qu'être unique et en perpétuel changement. Afin de favoriser une prise en soin globale, il est important que l'infirmière inclue la famille et l'entourage du patient comme ressource dans le processus de soin.



## 7. Discussion

---

Cette section, aborde les compétences du référentiel HES-SO en lien avec les facteurs *caratifs* de J. Watson, les concepts émergeant de la revue de littérature ainsi que les rôles KFH. De plus, des recommandations pour la recherche et pour la pratique ont été décrites. Finalement, les limites de ce travail de bachelor ont été abordées.

### 7.1 Mise en lien avec les rôles et les compétences infirmières

Le programme PEC 2006 suivis à la HES-SO dans la filière soins infirmiers prévoit neuf compétences à développer tout au long de la formation. Ces compétences peuvent être mises en lien avec la revue de littérature.

Selon le référentiel de compétence de l'HEdS (2007), la première compétence vise à offrir des soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soin. En effet, l'infirmière au moment de l'annonce travaille en collaboration avec le patient et sa famille en ciblant leurs besoins et leurs attentes. De plus, la théorie de Watson prône l'accompagnement de la personne dans le « être avec », c'est-à-dire une présence de soutien authentique, empathique afin de maintenir la dignité humaine.

La deuxième compétence se réfère à des soins en pluridisciplinarité. Comme annoncé dans la revue de littérature, la collaboration entre les soignants est primordiale. Plus spécifiquement dans le cadre de l'annonce, la coopération avec le médecin dans la préparation de l'entretien et l'annonce elle-même est un point clé améliorant la qualité de l'annonce et le soutien pouvant être proposé. Watson, dans sa théorie soulève l'importance de la transmission de l'information par l'infirmière. La communication devrait être basée sur un échange entre les professionnels afin de garantir une continuité des soins ainsi qu'un suivi de qualité. La septième compétence appuie à nouveau l'efficacité d'un travail en réseau et en partenariat avec les différents acteurs du système sanitaire. L'infirmière possède des ressources et peut ainsi orienter le patient et sa famille.

La troisième compétence donne à l'infirmière un rôle d'éducateur thérapeutique pour pouvoir favoriser l'autonomie des patients et les rendre acteurs de leur santé. Selon

la revue de littérature, l'infirmière doit pouvoir offrir un soutien et guider la personne dans son propre processus de santé selon ses besoins, ses envies et ses ressources. Watson confirme cette idée par deux de ses facteurs *caratifs* qui donnent une place importante au parcours de vie et à la subjectivité de chacun.

La compétence suivante promeut l'évaluation régulière des prestations de soins. Certains articles analysés soutiennent l'importance de la formation spécialisée des infirmières en oncologie ce qui garantirait des soins de meilleures qualités. De plus, la contribution à la recherche et la participation aux démarches qualité, deux autres compétences du référentiel, soutiennent également l'importance de la formation continue et l'évolution de la discipline infirmière. La formation continue permet à l'infirmière de gagner d'avantage d'autonomie et de responsabilité ce qui valide la neuvième compétence du référentiel. La compétence d'encadrement et de formation est en lien direct avec ce concept car une infirmière spécialisée peut apporter un autre regard et d'autres compétences spécifiques à l'équipe pluridisciplinaire. Dans sa théorie, Watson n'aborde pas spécifiquement l'importance de la formation. Néanmoins, elle indique, par son troisième facteur *caratif*, l'importance que l'infirmière reconnaisse et soit au clair avec ses propres sentiments. De plus, elle doit être consciente que ses ressentis ont un impact sur ses actes qui eux-mêmes peuvent influencer les émotions du patient dans la prise en soin. L'auto-évaluation régulière permet ainsi le maintien et améliore la qualité des soins ainsi que la satisfaction des patients.

Les rôles KFH (conférences des recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses) permettent une conclusion globale de cette section en soulignant les diverses postures infirmières : Rôle d'expert en soins infirmiers, rôle de communicateur, rôle de manager, rôle de promoteur de la santé, rôle d'apprenant et de formateur et rôle de professionnel. En effet, ils sont en lien direct avec les compétences du référentiel, la théorie de Watson ainsi que les concepts émergeant de cette revue de littérature. Cela, permet à l'infirmière d'être à même, par ces compétences, de partager et de coopérer avec le médecin lors des entretiens d'annonce mais également de participer à l'amélioration de la prise en soin et de la qualité de vie du patient.

## **7.2 Recommandations pour la recherche**

La recherche d'articles pour la recension des écrits, met en évidence un manque d'articles de recherches abordant la posture infirmière lors de l'annonce du diagnostic de cancer. En effet, l'annonce est effectuée par un médecin, les recherches se centrent de ce fait, plus spécifiquement sur des directives et recommandations médicales de communication. Or, le rôle de l'infirmière est primordial pour favoriser un meilleur soutien et un accompagnement de qualité dans le processus de soin. Pour cela, il serait pertinent de s'intéresser et de développer le rôle infirmier au moment de l'annonce. Il serait intéressant de pouvoir évaluer la satisfaction des patients lorsque l'infirmière est impliquée dans l'annonce du diagnostic. De plus, il serait judicieux de s'attarder sur la collaboration de l'infirmière avec le médecin au moment des entretiens d'annonce.

Des recherches sur la manière dont les soignants perçoivent l'importance de leur implication au moment de l'annonce pourraient mettre en avant la pertinence de leur présence pour favoriser une prise en soin de qualité. De plus, il semble important d'effectuer des recherches qui évaluent par un devis expérimental, la différence sur la qualité de vie pour le patient entre l'annonce donnée par le médecin seul en comparaison avec celle effectuée avec la présence d'une infirmière. En outre, l'accompagnement des patients par les infirmières lors de l'annonce guidé par la théorie de Watson pourrait également faire l'objet d'une étude.

## **7.3 Recommandations pour la pratique**

Après avoir effectué cette revue de littérature, qui avait pour but de spécifier la posture infirmière lors de l'annonce d'un diagnostic de cancer en se basant sur la théorie du *caring*, dix recommandations pour l'amélioration des pratiques ont émergées. En effet, les études sur les préférences des patients ont permis de visualiser leurs attentes lors de ce moment, comme par exemple: l'adaptation du langage employé, l'environnement calme, l'individualisation de l'information... De plus, les recherches sur la qualité de vie, sur la communication ainsi que sur la prise en soin infirmière ont permis de soulever d'autres points essentiels à l'amélioration de la discipline infirmière.

- ❖ Amélioration de la collaboration entre les médecins et les infirmières
- ❖ L'infirmière devrait prendre le temps de préparer l'entretien avec le patient de manière informelle.
- ❖ Présence de l'infirmière lors de l'entretien.
- ❖ Annoncer dans un environnement calme.
- ❖ Adapter le dialogue et le type d'information à chaque individu.
- ❖ Prendre le temps d'informer et d'écouter les patients.
- ❖ Aborder les possibilités de traitement et du réseau.
- ❖ Proposition d'un entretien post-annonce de soutien pour le patient et sa famille.
- ❖ Une prise en soin individualisée (validation des besoins exprimés par le patient).
- ❖ Favoriser la formation des infirmières.
- ❖ Réflexion autour des théories de soin pour s'approprier celle qui correspond le plus aux valeurs professionnelles du soignant.

Ces dix points pourraient être utilisés comme un guide pour l'annonce d'un diagnostic de cancer. En effet, la collaboration avec le médecin lors de l'annonce du diagnostic de cancer enrichie la prise en soin infirmière en apportant des informations primordiales pour la suite du processus de soin. De plus, elle permet de renforcer le lien de confiance soignant/soigné et d'améliorer le maintien de la qualité de vie.

Dans la situation d'annonce d'un diagnostic de cancer, la théorie du *caring* et son concept clé « d'être avec » le patient, permet la prise en soin globale de celui-ci en laissant place à sa subjectivité et en l'accompagnant dans ses choix. Le patient est donc autonome et gestionnaire de sa santé.

## 7.4 Limites

Cette revue de littérature comporte des limites en lien avec le niveau initial de formation de recherche. De plus, les résultats de cette revue ne sont pas exhaustifs car celle-ci est partielle et n'a pas été vérifiée par une démarche empirique.

De plus, lors du recensement des écrits, peu d'articles sur le thème de l'annonce du diagnostic de cancer en lien avec la posture infirmière ont été trouvés. Il semble que cette thématique soit peu étudiée car l'annonce est une tâche médicale qui laisse actuellement peu de place à l'infirmière.

La subjectivité des patients est une donnée qui empêche la prise en compte de tous les résultats possibles car celle-ci est par définition variable, infinie et propre à chaque personne.

Un challenge qui ressort de cette revue de littérature est en lien avec la communication et les compétences des soignants. En effet, comment faire développer à des professionnels de la santé des compétences de communication ? Des recommandations pour améliorer la communication peuvent être énoncées, cependant, le développement de compétences dans ce domaine est difficile. Il est vrai que ce sont des capacités innées et/ou acquises selon le parcours de vie et l'expérience tant personnelle que professionnelle.

## 7.5 Conclusion

Le but de cette étude était de mettre en avant la posture infirmière lors de l'annonce de diagnostic de cancer. En effet, il existe peu de notions à ce sujet, alors que l'infirmière est capable de par ses compétences relationnelles, de leadership, de prise en soin globale, d'empowerment et d'adaptation, d'intervenir lors des entretiens d'annonce. Son regard clinique, sa réflexion et sa créativité permettent de compléter le jugement et la prise de décision médicale.

Tout au long de cette revue de littérature des recommandations émergent afin de répondre à la problématique de départ : **Comment développer la posture**

## **infirmière grâce à la théorie du *caring* pour soutenir une personne recevant un diagnostic de cancer et améliorer sa qualité de vie ?**

Le cadre théorique choisi pour cette recherche a permis de définir et clarifier la posture infirmière. La théorie du *caring* permet à l'infirmière de s'appuyer sur des conceptions fondées afin de guider sa pratique et son positionnement professionnel. Ainsi, lors de ce moment douloureux, l'infirmière sera plus à même de prendre en soin le patient dans sa globalité et dans son unicité. Cela permet une continuité des soins et d'« être avec » le patient au départ du combat contre la maladie.

Les résultats ont montré que l'annonce du diagnostic est généralement vécue de manière brutale. Cela renvoie aux patients une image de mort. D'après les études, il semble pertinent de modifier la façon d'annoncer un diagnostic afin d'atténuer le choc ressenti par ces personnes. Il est important de favoriser les annonces dans un environnement calme et sécurisant afin de promouvoir une qualité d'annonce adéquate. Il faut améliorer la collaboration de l'infirmière avec le médecin afin de lui laisser une place pendant les entretiens d'annonce. Cela permettrait à l'infirmière de débiter le cheminement de prise en soin avec le patient lors de ce moment douloureux. De plus, l'infirmière se doit de valider auprès des patients leurs attentes quant à la prise en soin et ne pas se fier à ses propres perceptions afin d'éviter une prise en soin paternaliste.

Il est primordial que l'infirmière prenne en compte l'entourage et la famille du patient comme ressource mais leur offre également du soutien dans cette étape qui modifie la dynamique familiale. En effet, la famille peut donner des pistes sur les habitudes de vie du patient et ses préférences lorsque celui-ci n'est plus capable de les exprimer. Etant donné que l'annonce d'un diagnostic est un moment choquant et bouleversant pour le patient, il se peut qu'il ne soit plus en mesure de poser des questions qui sont importantes pour lui, c'est à ce moment que la famille joue un rôle important car elle va plus facilement se projeter dans le processus de soin et s'informer de la prise en soin future.

Un autre point important soulevé dans la revue littérature est la formation des infirmières. Il est nécessaire que chaque infirmière travaillant en oncologie puisse se spécialiser afin de répondre de manière plus complète aux attentes et besoins des patients. De plus, la spécialisation permet à l'équipe pluridisciplinaire d'avoir une

ressource supplémentaire pour compléter d'avantages les savoirs et ainsi assurer une prise en soin optimale.

Un autre concept clé résultant de la revue de littérature et de la théorie du *caring* de Watson est la subjectivité de chaque individu. Il est vrai que chaque personne est unique, ce qui nécessite une prise en soin individualisé et personnalisée, afin d'aider les patients à maintenir leurs qualité de vie selon leurs choix et valeurs.

Ce travail de bachelor nous a permis d'acquérir des connaissances afin de construire notre identité professionnelle. En effet, suite aux différentes recherches effectuées, nous avons pu confirmer l'importance du rôle et de la posture infirmière lors de l'annonce de diagnostic de cancer. Suite à cette revue de littérature, nous avons pu identifier la posture infirmière qui correspond à nos valeurs. Il en ressort que l'infirmière doit être authentique, empathique et non-jugeante. Elle doit accompagner le patient dans son processus de soin et être un soutien afin de pouvoir faire émerger les émotions et les ressources du patient. Finalement, il est important que l'infirmière favorise les autos-soins et l'espoir afin que le patient puisse vivre avec la maladie tout en maintenant une qualité de vie adéquate.

Après cette revue de littérature, nos objectifs de départ ont été atteints. Nous avons obtenu des pistes pour notre pratique future car tout au long de notre carrière, nous serons confrontées à l'annonce de mauvaises nouvelles de tout genre. Ce travail a enrichi nos connaissances, ce qui nous permettra de faire des propositions et mettre en place certaines actions afin d'améliorer la prise en soin des personnes recevant un mauvais diagnostic.

## 8. Bibliographie

---

- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2010). *Nursing theorists and their work* (7<sup>th</sup> ed.). USA: Mosby Elsevier.
- Bahrami, M., Parker, S. & Blackman, I. (2008). Patients' quality of life: a comparison of patient and nurse perceptions. *Contemporary nurse*, 29 (1), 67-79.
- Bieri, P., (2012). *Le matin: Le nombre de cancer va exploser*. Accès <http://www.lematin.ch/sante/sante/Le-nombre-de-cancers-va-exploser/story/14535309>
- Cara, C. & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.
- Conférence des recteurs des Hautes Ecoles Spécialisés Suisses. (2014). *Comparaison entre le plan d'études cadre ES et les compétences finales du BSc en soins infirmiers*. Accès <http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/AxIII.pdf>
- Conseil international des infirmières. (2012). *Code déontologique*. Accès [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_french.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf)
- Debout, C. (2008). Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers* (93), 72-82.
- Dos Santos Mathias, J-J., Sanson Zagonel, I. P. & Ribeiro Lacerda, M. (2006). Human caring processes: direction for nursing care. *Acta paul enferm*, 19 (3), 332-337.
- Dunniece, U. & Slevin, E. (2000). Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of advanced nursing*, 32 (3), 611-618.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge, analysis and evaluation of nursing models and theories* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.



- Fédération des médecins Suisses. (2014). *Code de déontologie*. Accès [http://www.fmh.ch/fr/de\\_la\\_fmh/bases\\_juridiques/code\\_deontologie.html](http://www.fmh.ch/fr/de_la_fmh/bases_juridiques/code_deontologie.html)
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche, méthode quantitative et qualitative* (2e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Fukui, S., Ogawa, K. & Yamagishi, A. (2011). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 20, 1285-1291.
- Haute école de santé. (2014). *Soins infirmiers: Compétences visées et pédagogie*. Genève. Accès <http://www.heds-ge.ch/portail/welcome.nsf/pages/competencesviseesF>
- Hoerni, B., Mortureux, A. & Kantor, G. (2005). *Cancérologie hémopathies* (4<sup>e</sup> éd.). Nouveaux cahiers de l'infirmière. Paris: Masson
- Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S. & Häggström, T. (2009) A caring relationship with people who have cancer. *Journal of advanced nursing*, 65(6), 1300-1308.
- King, C.R. (2006). Advances in how clinical nurses can evaluate and improve quality of life for individuals with cancer. *Oncology nursing forum*, 33 (1), 5-12.
- Ligue Genevoise contre le cancer. (2012). *Maladies cancéreuses*. Accès [http://www.lgc.ch/fr/maladies\\_cancereuses/](http://www.lgc.ch/fr/maladies_cancereuses/)
- Loi sur la santé. (2006). *Loi sur la santé K103*. Accès [http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg\\_k1\\_03.html](http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_03.html)
- Marcoux, I. (2012). Etude prospective du processus communicationnel lié à l'annonce d'une maladie incurable. *Bulletin du cancer*, 99 (2), 137-146
- Misery, L. & Chastaing, M. (2005). Patient's information and announcement of a serious disease. *La revue de médecine interne*, 26, 960-965

- O'Baugh, J., Wilkes, L. M., Luke, S., George, A. (2008). Positive attitude in cancer: The nurse's perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 109-114.
- Office fédéral de la statistique. (2014). *Santé de la population*. Confédération Suisse. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/05.html>
- Parker, M. E. & Smith, M. C. (2010). *Nursing theories and nursing practice* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Parker, P.A., Baile, W.F., De Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.E. & Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences of communication. *Journal of clinical oncology*, 19 (7), 2049-2056.
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Poirier, P. & Sossong, A. (2010). A Oncology patient's and nurses' perceptions of caring. *Canadian oncology nursing journal*, 20 (2), 62-65.
- Prudhomme, C., Jeanmougin, C. & Morel, N. (2012). *Processus tumoraux*. Nouveaux dossiers de l'infirmière. Paris: Maloine.
- Registre genevois des tumeurs. (2013). *Données Suisses*. Accès <http://www.unige.ch/medecine/rgt/Donneessuisses.html>
- Reich, M., Vennin, P. & Belkacémi, Y. (2008). Cancer diagnosis announcement: an act to seal the pact of trust between doctors and patient. *Bull Cancer*, 95 (9), 841-847.
- Sales Fontes, C. A. & Titonelli Alvim, N. A. (2008). The importance of the nurse's interaction with oncological patients facing the impact of the diagnosis. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 7 (3), 346-54.
- Société de recherché sur le cancer. (2010). *Le cancer: Historique du cancer*. Accès <http://www.societederecherchesurlecancer.ca/page.aspx?pid=1494>

- Steinmann, E. & Duruz, J. (2011). *Quel est le rôle infirmier lors de l'annonce d'un diagnostic de cancer chez l'adulte?* (Travail de Bachelor). Haute école cantonale vaudoise de la santé.
- Swanson, J. & Koch, L. (2010). The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult inpatients with cancer: a retrospective study. *Oncology nursing forum*, 37 (1), 69-76.
- Thorne, S., Oliffe, J., Kim-Sing, C., Hislop, T.G., Stajduhar, K., Harris, S.R., Armstrong, E.-A. & Oglov, V. (2010). Helpful communication during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences. *European journal of cancer care*, 19, 746-754.
- Tobin, G.A. & Begley, C. (2008). Receiving bad news. A phenomenological exploration of the lived experience of receiving a cancer diagnosis. *Cancer nursing*, 31 (5), 31-39.
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm*, 16 (1), 129-135
- Yardley, S.J., Davis, C.L. & Sheldon, F. (2001). Receiving a diagnosis of lung cancer: patients' interpretations, perceptions and perspectives. *Palliative Medicine*, 15 (5), 379-86.
- Zamanzadeh, V., Azimzadeh, R., Rahmani, A. & Valizadeh, L. (2010). Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *BMC nursing*, 9 (10), 1-9.

## 9. Annexes

---

### Annexe 1 : Méthodologie de recherche

- Cinhal

Lors de la recherche sur Cinhal les Mesh terms suivants ont été utilisés :

*nurse patient relationship, cancer diagnosis, quality of live, empowerment*

Aucun résultat n'a été obtenu.

Puis, le mesh terms *empowerment* a été supprimé et trois résultats ont été obtenus. Cependant, à la lecture, il a été constaté que ces derniers étaient hors sujet, comme par exemple : « Nurse led telephone follow up in ovarian cancer : a psychosocial perspective ».

Pour la deuxième recherche, comme mesh terms ont été utilisés :

*nurse patient relationship, cancer, quality of live, nursing*

22 résultats ont été obtenus, dont trois sélectionnés.

- ❖ Bahrami, M., Parker, S. & Blackman, I. (2008). Patients' quality of life: A comparison of patient and nurse perceptions. *Contemporary Nurse*, 29 (1), 67-79.

Après la lecture de l'abstract, il a été retenu pour la revue de littérature.

- ❖ Swanson, J. & Koch, L. (2010). The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult inpatients whit cancer: a retrospective study. *Oncology Nursing Forum*, 37 (1), 69-76.

Cet article est ciblé sur la gestion du stress chez les patients atteint d'un cancer. Il cible un symptôme précis qui n'est pas en lien avec la problématique. Il a été retenu en tant que source pour étayer notre travail.

- ❖ King, C. R. (2006). Advances in how clinical nurses can evaluate and improve quality of live for individuals with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33 (1), 5-12.

Cet article n'est pas une recherche empirique mais une revue de littérature. Il a tout de même été retenu car il aborde la qualité de vie et il semble pertinent pour en retirer des informations supplémentaires.

Pour la troisième recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés ainsi qu'un filtre sélectionnant les articles de moins de dix ans :

*patient, cancer, quality of health care, nursing care.*

20 résultats ont été obtenus, ils sont identiques aux résultats de la deuxième recherche.

Pour la quatrième recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés ainsi qu'un filtre sélectionnant les articles de moins de dix ans a été appliqué:

*nurse patient relationship, cancer, quality of live, hospital*

Deux résultats ont été obtenus dont un déjà sélectionné (Bahrami, M., Parker, S. & Blackman, I. (2008). Patients' quality of life: A comparison of patient and nurse perceptions. *Contemporary Nurse*, 29 (1), 67-79.) Le deuxième ne correspond pas aux critères d'inclusion.

Pour la cinquième recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés:

*Caring, Watson, cancer, nurse patient relationships*

Aucun résultat n'a été obtenu.

Pour la sixième recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés :

*Watson, caring, oncology*

Un résultat a été obtenu. Il ne correspondait pas aux critères d'inclusion. Par exemple: "The care of adolescents with cancer: contribution to the nursing care."

Pour la septième recherche, les Mesh terms suivants ont été utilisés :

*caring, Watson, nursing and patient*

38 résultats ont été obtenus dont trois ont été sélectionnés.

- ❖ Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/Caritas Processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm*, 16 (1), 129-35.

Il a été retenu pour appuyer l'ancrage théorique.

- ❖ O'Reilly, L. (2007). *La signification de l'expérience d' « être avec » la personne soignée et sa contribution à la réadaptation: La perception d'infirmières*. Université de Montréal (Canada), Ph.D, 292.

Il est impossible de se procurer ce document car il s'agit d'une thèse.

- ❖ Dos Santos Mathias, J-J., Sanson Zagonel, I.P. & Ribeiro Lacerda, M. (2006). Human caring processes: direction for nursing care. *Acta Paul Enferm*, 19 (3), 332-7.

Il ne s'agit pas d'un article de recherche mais il a été retenu afin de compléter l'ancrage théorique.

Pour la huitième recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés :

*neoplasm, communication, nurse patient relation*

18 résultats ont été obtenus et l'un d'entre eux a été retenu pour la revue de littérature.

- ❖ Fukui, S., Ogawa, K. & Yamagishi, A. (2011). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 20 (12), 1285-91.

Pour la dixième recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés:

*neoplasm, nurse attitude*

58 résultats ont été obtenus dont un retenu pour la revue de littérature.

- ❖ Tobin, G.A. & Begley, C. (2008). Receiving bad news: a phenomenological exploration of the lived experience of receiving a cancer diagnosis. *Cancer Nursing*, 31 (5), 31-9.

Pour la 11<sup>ème</sup> recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés ainsi qu'un filtre sélectionnant les articles de moins de dix ans a été appliqué:

*cancer diagnosis, patient, perception*

143 articles ont été obtenus dont quatre sélectionnés.

- ❖ Shaha, M., Cox, C.L., Belcher, A. & Cohen, M. Z. (2011) Transitoriness: patients' perception of life after a diagnosis of cancer. *Cancer Nursing Practice*, 10 (4), 24-7.

Cet article n'a pas pu être acquis car il est payant.

- ❖ Suzuki, K. (2011). Perceptions of the Role of Nurses in Providing Psychosocial Care for Patients with Cancer. *Walden University*, 169.

Cet article n'a pas été retenu car il ne correspondait pas aux critères d'inclusion.

- ❖ Regis, M. F. S. & Simões, S.M.F. (2005). Diagnosis of breast cancer: feelings, behaviors and expectations os women. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 7 (1), 81-6.

Cet article est une revue de littérature et n'a donc pas été retenu.

- ❖ Yardley, S.J., Davis, C.L. & Sheldon, F. (2001). Receiving a diagnosis of lung cancer: patients' interpretations, perceptions and perspectives. *Palliative Medicine*, 15 (5), 379-86.

Cet article a été retenu pour la revue de littérature.

Pour la 12<sup>ème</sup> recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés ainsi qu'un filtre sélectionnant les articles de moins de dix ans a été appliqué :

*cancer diagnosis, nurse, perception*

19 résultats ont été obtenus dont aucun n'a été retenu.

Pour la 13<sup>ème</sup> recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés ainsi qu'un filtre sélectionnant les articles de moins de dix ans a été appliqué:

*cancer diagnosis, nurse patient relationship*

22 résultats ont été obtenus dont un article sélectionné.

- ❖ Sales Fontes, C. A. & Titonelli Alvim, N. A. (2008). The importance of the nurse's interaction with oncological patients facing the impact of the diagnosis. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 7 (3), 346-54.

Cet article a été retenu pour la revue de littérature.

Pour la 14<sup>ème</sup> recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés :

*caring, nurse and patient, oncology*

127 résultats ont été obtenus et quatre articles sélectionnés.

- ❖ Poirier, P. & Sossong, A. (2010). A Oncology patient's and nurses' perceptions of caring. *Canadian oncology nursing journal*, 20 (2), 62-5.
- ❖ Zamanzadeh, V., Azimzadeh, R., Rahmani, A. & Valizadeh, L. (2010). Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *BMC nursing*, 9 (10)

Cet article a été retenu pour la revue de littérature.

- ❖ Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S. & Häggström, T. (2009) A caring relationship with people who have cancer. *Journal of advanced nursing*, 65(6), 1300-1308.
- ❖ Karlou, Chrysoula; Patiraki, Elisabeth (2011) The concept of care in oncology nursing: A literature review. *Nosileftiki*, 50 (1), 46-8.

Ces deux articles n'ont pas été retenus pour la revue de littérature.

Pour la 15<sup>ème</sup> recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés:

*diagnosis cancer, nurse and patient, bad news*

Neuf résultats ont été obtenus, un article a été sélectionné mais il n'a pas été retenu pour la revue de littérature.



- ❖ Tobin, G. A. (2012). Breaking bad news: a phenomenological exploration of irish nurses' experiences of caring for patients when a cancer diagnosis is given in an acute care facility. *Cancer Nursing*, 35 (6), 21-9.

Pour la 16<sup>ème</sup> recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés :

*bad news, oncology nursing, communication skills*

124 résultats ont été obtenus et un article a été sélectionné mais n'a pas été retenu pour la revue de littérature.

- ❖ Radziewicz, R. & Baile, W. F. (2001). Communication skills: breaking bad news in the clinical setting. *Oncology nursing forum*, 28(6), 951-3.

- Pubmed

Lors de la première recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés :

*nurse patient relationships, cancer, quality life, empowerment*

Un résultat a été obtenu mais non retenu car ne correspond pas aux critères d'inclusion. Par exemple: "Patient health and well-being while waiting for renal transplantation"

Pour la seconde recherche, les Mesh terms suivants ont été utilisés ainsi qu'un filtre sélectionnant les articles de moins de dix ans :

*cancer, hospital, nursing care, care, patient, quality of health care*

27 articles ont été obtenus et aucun n'a été retenu car ils étaient hors sujet. Par exemple: "Information needs of the informal cares of women treated for breast cancer".

- Google scholar

Les mesh terms suivants ont été utilisés sur cette base de données:

*critères, annonce, diagnostic de cancer*

8670 résultats ont été obtenus et un article a été sélectionné.

- ❖ Bettevy, F., Dufranc, C. & Hofmann, G. (2006). Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer. *Risques et Qualités*, 3 (2).

Cet article n'a pas été retenu pour la revue de littérature car il ne s'agit pas d'une recherche empirique.

Lors d'une seconde recherche, les mesh terms suivants ont été utilisés

*bad news, cancer*

Dix pages internet avec différents articles ont été obtenus et le deuxième article de la liste a été sélectionné et retenu pour la revue de littérature.

- ❖ Parker, A. P., Baile, W.F., Moor, C., Lenzi, R. Kudelka, A. P. & Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: Patients' preferences for communication. *Journal of clinical oncology*, 19 (7), 2049-2056.

- Dans les bibliographies des articles trouvés

Dans la bibliographie de : Bettevy, F., Dufranc, C. & Hofmann, G. (2006). Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer. *Risques et Qualités*, 3 (2), un article a été sélectionné.

- Marcoux, I. (2012). Étude prospective du processus communicationnel lié à l'annonce d'une maladie incurable. *Bulletin du cancer*, 99 (2), 137-146.

Cet article a été retenu pour la revue de littérature.

Dans le site de L'European journal of oncology Nursing, une fenêtre est apparue avec des recommandations d'articles qui traitaient des mêmes sujets. Elle a été consultée et aucun article n'a été retenu pour la revue de littérature.

- Rero

En cherchant des mémoires sur rero l'un d'entre eux ressemblait à la thématique. Sa bibliographie a été consulté, un article a été sélectionné et retenu pour la revue de littérature.

- ❖ Dunniece, U. & Slevin, E. (2000). Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 611-618.

- Articles utilisés l'année dernière

- ❖ Thorne, S. Oliffe, Kim-Sing, C. Hislop, T.G.J. Stajdihar, K. Harris, Sr. Armstrong, E.-A. & Oglov, V. (2010). Helpful communications during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences. *European Journal of cancer care*, 19, 746-754.
- ❖ O'Baugh, J., Wilkes, L. M., Luke, S., George, A. (2008). Positive attitude in cancer: The nurse's perspective. *International Journal of Nursing Practice*. 14, 109-114.

Ces deux articles peuvent être retrouvés sur google scholar.